

La médecine privée au Québec

par Jasmin Guénette et Julie Frappier



Le Québec est l'une des provinces où la médecine privée s'est développée rapidement ces dernières années. Cette tendance s'observe alors qu'un grand nombre de Québécois n'arrivent pas à trouver de médecin de famille¹ et que les temps d'attente s'allongent autant pour subir un traitement après un diagnostic² que pour être vu par un médecin dans les urgences des hôpitaux³. Combien y a-t-il de cliniques privées et combien de médecins ont quitté le régime public au Québec⁴? Pourquoi les patients ont-ils recours à la médecine privée?

Cette *Note économique* vise à tracer un portrait sommaire de cette industrie et de sa clientèle à l'aide des données officielles disponibles et d'une enquête originale.

Un secteur en croissance mais qui reste circonscrit

Au cours des derniers mois, le ministre québécois de la Santé Réjean Hébert a multiplié les déclarations alarmistes au sujet de la médecine privée. En mai, il qualifiait d'« hémorragie » le départ de médecins vers les cliniques privées et estimait que ce phénomène préoccupant aggravait la pénurie de médecins dans le réseau public⁵. En septembre, il réitérait sa détermination à « colmater les brèches » et à mettre fin à ce « glissement vers le privé »⁶. Qu'en est-il réellement?

Un médecin non participant au régime public de santé est un médecin qui peut facturer directement le patient au lieu d'être payé par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Bien que leur nombre ait augmenté depuis le début des années 2000, les médecins non participants ne comptent toujours que pour 1,38 % de l'ensemble des médecins au Québec, soit 263 sur un total

de 18 990. De ce nombre, 186 était des généralistes et 77 des spécialistes⁷ (voir Figure 1).

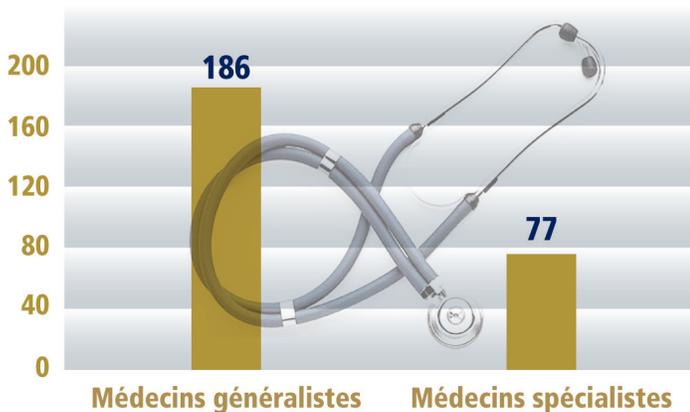
On peut donc difficilement prétendre qu'il y a un exode vers le secteur privé. C'est d'ailleurs le ministère de la Santé et des Services sociaux qui contrôle le nombre de médecins non participants, puisque les médecins doivent d'abord obtenir sa permission avant de quitter le régime public ou pour y revenir.

Les spécialités les plus fréquentes chez les médecins non participants sont la dermatologie (18 %), la psychiatrie (16 %) et la chirurgie plastique (14 %). Toutes les autres spécialités ne comptent qu'un ou que quelques représentants.

Les données officielles en ce qui a trait aux cliniques sont très sommaires. Nos recoupements ont permis de constater que 243 médecins non participants seraient affiliés à 185 cliniques médicales (vingt des 263 médecins non participants sont affiliés à des établissements publics de santé où certains louent des installations).



Figure 1 — Nombre de médecins non participants, 2013



Source : Régie de l'assurance maladie du Québec, *Liste des professionnels de la santé non-participants ou désengagés au régime de l'assurance maladie du Québec avec adresse de pratique au Québec*, 14 mars 2013.

Il est intéressant de constater que les « grosses » cliniques médicales entièrement privées représentent la minorité visible plus souvent mentionnée dans les médias, mais qu'elles ne sont pas représentatives de l'écosystème de la médecine privée. En effet, 58 % des médecins non participants travaillent seuls ou sont les seuls médecins non participants dans des cliniques comptant aussi des médecins participants. Les regroupements de 2 à 4 médecins non participants représentent 29 % du total, alors que les regroupements les plus importants, de 5 à 6 médecins non participants, concernent seulement 13 % de ces médecins⁸.

Les médecins non participants ne comptent toujours que pour 1,38 % de l'ensemble des médecins au Québec, soit 263 sur un total de 18 990.

La moitié des médecins généralistes non participants sont situés dans les régions de Montréal et de la Montérégie. Les médecins spécialistes, eux, sont principalement concentrés dans la région de Montréal.

Quant au nombre de médecins œuvrant dans le système public, loin de diminuer à cause des départs vers le secteur privé, il a continué d'augmenter rapidement au cours des dernières années. De 2004 à 2012, le nombre d'omnipraticiens est passé de 8165 à 9294 — une augmentation de 1129, ou 13,8 % — alors que le nombre de spécialistes a grimpé de 7980 à 9696 —

une augmentation de 1716 ou 21,5 %⁹ (voir Figure 2). Par ailleurs, le Québec compte plus de médecins par habitant que la moyenne canadienne et que sept autres provinces¹⁰.

Compte tenu de ces données et du nombre relativement restreint de médecins non participants, le développement de la médecine privée ne peut être tenu responsable des problèmes du système public de santé au Québec, comme le laisse entendre le ministre Hébert. Il faut chercher ailleurs les raisons de l'échec du système public à répondre en temps opportun aux besoins des Québécois¹¹.

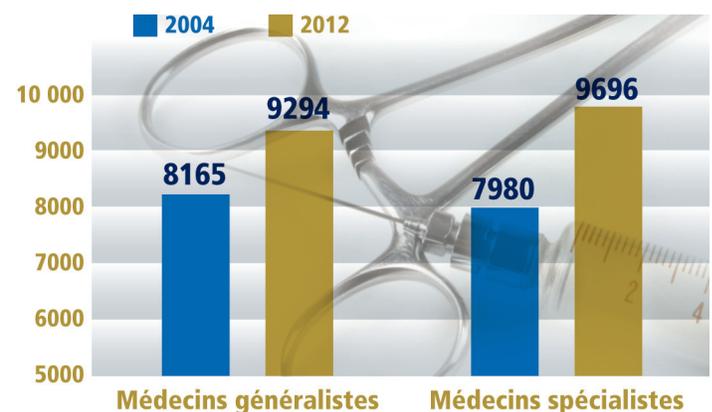
Des besoins non comblés

En réalité, loin d'être responsables d'une quelconque pénurie de main-d'œuvre dans le système public, les médecins non participants répondent à des besoins non comblés des patients qui n'ont souvent d'autre choix que de se tourner vers eux.

On peut constater l'existence de cette demande pour des soins privés dans les résultats de sondages. Ainsi, c'est au Québec que l'on retrouve la plus forte proportion de citoyens qui souhaitent avoir davantage accès à des soins de santé privés, soit 66 %. L'Alberta (48 %) et l'Ontario (46 %) sont les provinces où cet appui est le plus bas¹².

Nous avons cherché à connaître un peu mieux la nature de cette demande, sur laquelle aucune donnée n'existait à ce jour, en procédant à une enquête de terrain auprès de patients de cliniques privées¹³.

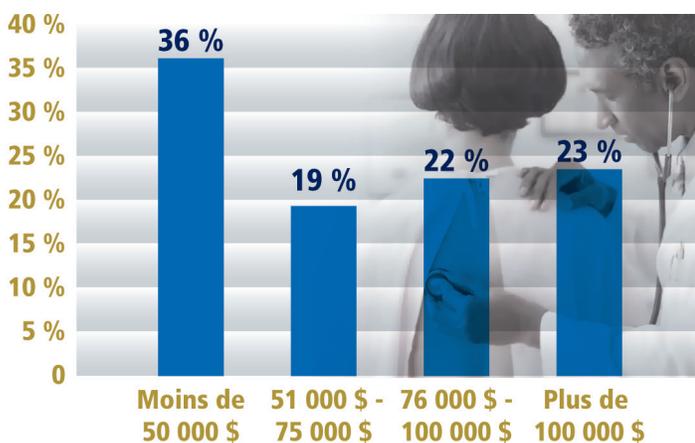
Figure 2 — Nombre de médecins participants, 2004 et 2012



Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens 2012, 2013*, p. 98-100.

Tout d'abord, le profil financier des clients ne correspond pas à l'image caricaturale d'une élite de gens très riches qui se paient des soins dans des cliniques luxueuses du centre-ville de Montréal, mais ressemble plutôt à celui de la population en général. Au Québec, le revenu médian des ménages est de 68 000 \$¹⁴ (c'est-à-dire que la moitié ont un revenu plus élevé et l'autre moitié un revenu moindre). Dans notre échantillon, 55 % des répondants ont dit avoir un revenu familial inférieur à 75 000 \$, alors que 45 % ont un revenu plus élevé (voir Figure 3).

Figure 3 — Revenu familial annuel des patients



Source : Enquête de l'Institut économique de Montréal. Voir l'Annexe technique sur notre site Web pour obtenir les résultats détaillés.

La très grande majorité des répondants (83 %) ont payé la consultation médicale de leur poche, alors que 17 % ont été remboursés de façon complète (6 %) ou partielle (11 %) par leur compagnie d'assurance.

La moitié des répondants (48 %) ont affirmé avoir tenté d'aller dans un hôpital public ou dans une clinique publique pour la même raison avant de prendre ce rendez-vous. Dans ces cas, les cliniques privées répondaient manifestement à des besoins qui n'étaient pas comblés adéquatement par le réseau public.

Les raisons exprimées pour visiter une clinique privée confirment l'existence de problèmes d'accès aux soins de première ligne dans le système public. Près de la moitié des visites (46 %) étaient motivées par une urgence, alors qu'un tiers (33 %) avaient pour causes des douleurs ou préoccupations médicales. Les autres raisons étaient le bilan de santé annuel (6 %), un suivi médical (9 %), une chirurgie (1 %), ou d'autres raisons (5 %).

Enfin, parmi un choix de treize réponses, cinq raisons ont été mentionnées comme étant très importantes par la presque totalité des patients (au-delà de 90 %) dans leur choix de visiter une clinique privée : la possibilité d'obtenir rapidement un rendez-vous; la possibilité d'obtenir rapidement un traitement ou une chirurgie; le bon suivi des patients; le fait que le personnel médical explique bien le diagnostic ou le traitement; et le professionnalisme du personnel médical. Les autres raisons ont toutes été considérées comme très importantes ou un peu importantes par une majorité de répondants, mais dans une moindre mesure.

Il est intéressant de noter que les frais raisonnables de la consultation ne sont une raison très importante que pour les deux tiers des répondants. On peut présumer que les autres ont soit des revenus suffisamment élevés pour ne pas se préoccuper de ces frais, soit des préoccupations de santé tellement fortes que les frais sont insignifiants en comparaison de l'importance d'obtenir des soins rapidement.

Favoriser l'émergence d'une offre complémentaire

Ces résultats montrent que si l'offre de services médicaux privés demeure relativement limitée, elle profite à beaucoup de Québécois qui considèrent que ces services correspondent mieux à leurs besoins que ceux offerts dans le système public. Par ailleurs, le choix d'aller dans une clinique privée implique une réduction de la demande pour des soins dans le système public, et donc un certain désengorgement du système.

Loi de constituer une « saignée », la médecine privée contribue à accroître l'offre globale de services de santé et à désengorger le système public.

Comment faire pour rendre ces services plus accessibles à davantage de familles québécoises, peu importe leur budget? Une piste de solution se trouve dans les crédits d'impôts pour les frais médicaux.

Au Québec, un contribuable peut demander un crédit d'impôt non remboursable correspondant à 20 % des dépenses pour des frais médicaux qui excèdent 3 % de son revenu net¹⁵. À un tel seuil, il faut avoir dépensé des centaines ou même des milliers de dollars en frais médicaux avant de pouvoir obtenir un remboursement.

Une réforme évidente serait donc de permettre l'admissibilité dès le premier dollar dépensé en frais médicaux dans des cliniques privés, pour des soins qui sont normalement couverts par le système public¹⁶. Loin de constituer une « dépense fiscale » nette pour le trésor public, une telle mesure réduirait en fait les coûts puisque seule une petite portion des dépenses du patient serait remboursée, alors qu'une consultation dans le réseau public de santé est, elle, financée à 100 % par les contribuables.

Conclusion

Dans la mesure où les patients choisissent de payer de leur propre poche pour les obtenir, les soins de santé privés correspondent à une demande réelle. Ceux qui y ont recours le font parce qu'ils ont difficilement accès aux soins dans le système public ou parce qu'ils sont insatisfaits de la qualité des soins dans leur ensemble (suivi, explication du diagnostic, gestion du dossier, etc.).

Les raisons exprimées pour visiter une clinique privée confirment l'existence de problèmes d'accès aux soins de première ligne dans le système public.

Le développement de la médecine privée ne devrait pas servir de prétexte pour éviter les réformes nécessaires afin d'améliorer l'efficacité du système public. Loin de constituer une « saignée », la médecine privée contribue en fait à accroître l'offre globale de services de santé et à désengorger le système public. Ce rôle positif devrait être reconnu à sa juste valeur et encouragé.

4. La loi actuelle ne permet pas aux médecins (sauf exception, comme pour les radiologistes) de pratiquer à la fois dans le régime public et le secteur privé, ce qui les oblige à quitter le premier s'ils veulent pratiquer dans le second.
5. Tommy Chouinard, « Médecine privée : Québec veut stopper "l'hémorragie" », *La Presse*, 17 mai 2013.
6. Pascale Breton, « L'automne s'annonce chaud en santé », *La Presse*, 17 septembre 2013.
7. En date de mars 2013 pour ce qui est des médecins non participants; voir Régie de l'assurance maladie du Québec, *Liste des professionnels de la santé non-participants ou désengagés au régime de l'assurance maladie du Québec avec adresse de pratique au Québec*, 14 mars 2013. En date de 2012 pour ce qui est des médecins participants; voir Institut canadien d'information sur la santé, *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens 2012*, 2013, p. 98-100.
8. Régie de l'assurance maladie du Québec, *ibid.*, et calculs des auteurs.
9. Institut canadien d'information sur la santé, *op. cit.*, note 7.
10. Le Québec comptait 235 médecins par 100 000 habitants en 2012, ce qui le place au 3^e rang des provinces canadiennes derrière Terre-Neuve et la Nouvelle-Écosse. La moyenne canadienne est de 214. L'Ontario compte 201 médecins par 100 000 habitants. Institut canadien d'information sur la santé, *op. cit.*, note 7, p. 102.
11. L'Institut économique de Montréal a publié de nombreuses études au cours de la dernière décennie à ce sujet. Voir la section Santé sur notre site à <http://www.iedm.org/fr/669-sante--health-care>.
12. The Environics Institute for Survey Research, *What Canadians think about their health care system*, 11 janvier 2013.
13. L'enquête est basée sur 141 questionnaires qui nous ont été retournés entre juin et août 2013, sur les 360 envoyés à onze cliniques. Cet échantillon, sans être statistiquement significatif, est suffisamment important pour nous donner une indication des caractéristiques et opinions de la population cible. Il s'agit par ailleurs des seules données disponibles à cet égard. Voir l'Annexe technique sur le site Web de l'Institut économique de Montréal pour obtenir les précisions méthodologiques et les résultats détaillés de cette enquête.
14. Statistique Canada, Revenu total médian selon le type de famille, par province et territoire, 2011.
15. Ministère des Finances et de l'Économie du Québec, *Dépenses fiscales, Édition 2012*, 2013, p. B.75. Un crédit d'impôt similaire existe au niveau fédéral.
16. Le crédit d'impôt actuel s'applique à une panoplie de dépenses pour des soins de santé ou des produits reliés à la santé, dont les soins dentaires, les lunettes, etc., pour lesquels il n'existe pas nécessairement d'alternative entre le système public et le secteur privé. Notre proposition vise uniquement à encourager les choix qui permettent de désengorger le système public, et non à rendre ce crédit d'impôt plus généreux pour tous les types de dépenses reliées à la santé.

910, rue Peel, bureau 600
Montréal (Québec) H3C 2H8 Canada
Téléphone : 514 273-0969
Télécopieur : 514 273-2581
Site Web : www.iedm.org

L'Institut économique de Montréal (IEDM) est un organisme de recherche et d'éducation indépendant, non partisan et sans but lucratif. Par ses études et ses conférences, l'IEDM alimente les débats sur les politiques publiques au Québec et au Canada en proposant des réformes créatrices de richesse et fondées sur des mécanismes de marché.

Fruit de l'initiative commune d'entrepreneurs, d'universitaires et d'économistes, l'IEDM n'accepte aucun financement gouvernemental. Les opinions émises dans cette publication ne représentent pas nécessairement celles de l'IEDM ou des membres de son conseil d'administration.

La présente publication n'implique aucunement que l'IEDM ou des membres de son conseil d'administration souhaitent l'adoption ou le rejet d'un projet de loi, quel qu'il soit.

Reproduction autorisée à des fins éducatives et non commerciales à condition de mentionner la source.

Institut économique de Montréal © 2013

Illustration : Ygreck

Références

1. Cette situation touchait 13 % des Québécois en 2010-2011. Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur l'expérience des soins 2010-2011. Le médecin de famille et l'endroit habituel des soins : regard sur l'expérience vécue par les Québécois*, Vol. 2, mars 2013, p. 35.
2. Le temps d'attente moyen pour recevoir un traitement électif après le diagnostic d'un généraliste au Québec est passé de 16,6 semaines en 2012 à 17,8 semaines en 2013. Bacchus Barua et Nadeem Esmail, *Waiting Your Turn: Wait Times for Health Care in Canada 2013 Report*, Institut Fraser, octobre 2013, p. 6-7.
3. Le temps d'attente moyen aux urgences au Québec est passé de 15,9 heures en 2006 à 17,5 heures en 2013. Daphnée Cameron, « Palmarès des urgences : toujours plus d'attente », *La Presse*, 8 mai 2013.