Les GMF au Québec

Étude de cas d'une médecine entrepreneuriale

MQRP
MÉDECINS QUÉBÉCOIS
POUR LE RÉGIME PUBLIC

Mémoire du CA présenté à l'Assemblée générale des membres

Montréal, Juin 2017

Auteurs :

Saïdeh KHADIR, MD, membre de MQRP
Estelle OUELLET, MD, M.P.A., secrétaire-trésorière de MQRP
Éric TREMBLAY, MD, conseiller de MQRP

Recherche :

Guillaume TREMBLAY, PhD.

Révision et corrections :

Isabelle LEBLANC, MD, présidente de MQRP
Karyne PELLETIER, MD, vice-présidente de MQRP

Remerciements :

Mariève ISABEL, PhD.(c) et Dounia KAYAL, MD pour leurs réflexions éclairantes.

MÉDECINS QUÉBÉCOIS POUR LE RÉGIME PUBLIC

CP 48729 Outremont
Outremont (Québec)
H2V 4T3
514-638-6659
info@mqrp.qc.ca
www.mqrp.qc.ca

Note aux lectrices et lecteurs :

Le recours au masculin comme genre neutre dans ce document est un outil visant à ne pas alourdir le texte.

Table des **matières**

RÉSUMÉ **5**

Introduction **6**

Méthodologie **7**

Échantillon et analyse 7

Résultats **8**

Types d'entreprises 8
Identité des propriétaires 9
Étude cas : présentation de deux sociétés par action propriétaires de GMF à Montréal 9
Limites de l'étude 12

Conclusion **12**

Discussion **13**

Recommandations 15

ANNEXE I : Résultats des entrevues et du sondage 16

RÉSUMÉ

Objectif : Dans le cadre de ses efforts visant à préserver et à améliorer la portion publique du système de santé québécois, MQRP cherche à comprendre l'effet du développement des groupes de médecine familiale (GMF) au sein de notre système de santé. À notre connaissance, la ou les formes corporatives adoptées par les GMF n'ont pas fait l'objet d'une enquête systématique. Cela étant, il est difficile de concevoir l'impact des GMF sur cet équilibre public/privé. Nous avons donc entrepris de dresser un portrait des formes corporatives empruntées par des GMF afin d'asseoir une réflexion concernant leur impact quant au caractère public de notre première ligne sociosanitaire.

Méthode : Nous avons choisi d'étudier les structures corporatives des GMF de l'île de Montréal, en raison de leur grand nombre et pour des raisons de commodité. Nous avons consulté le registre des entreprises du Québec (REQ), et nous avons effectué des entrevues auprès de médecins qui exercent en GMF. Nous avons aussi effectué un sondage en ligne auprès de médecins exerçant en GMF.

Résultats : Notre échantillon se compose de 54 cliniques, toutes liées à un des 96 GMF de l'île de Montréal. Quarante de ces 54 cliniques (74%) sont des sociétés par actions ou des compagnies, i.e. des entreprises dont la finalité est la génération de profits au bénéfice de ses actionnaires. Parmi ces sociétés, nous avons identifié deux grandes entreprises possédant 16 cliniques liées à 8 GMF. Au sein de ces grandes entreprises qui sont presque entièrement financées à même les fonds publics, on dénote un nombre de pratiques administratives et fiscales qui semblent incompatibles avec les principes d'une saine gestion publique, dont la transparence et le souci de pérennité.

Conclusion : Si le regroupement de médecins de famille afin d'assurer un meilleur accès à la population est nécessaire, l'organisation de celui doit refléter le caractère public du financement de la première ligne ainsi que les finalités logiques de tout service public : une approche populationnelle basée sur l'accessibilité, la gratuité, et l'intégralité. Les principes de saine gestion des fonds publics (transparence, participation publique, imputabilité) doivent prévaloir au sein des GMF afin de favoriser la pérennité du système de santé. MQRP préconise donc que les GMF soient, de par la loi, constitués en organismes sans but lucratif (OSBL), munis d'un conseil d'administration imputable au sein duquel sont représentés médecins, infirmières, autres professionnels, patients et leurs représentants.

Introduction

En 1970, lors de l'instauration de l'assurance-maladie, le système public a pris en charge le financement de l'ensemble des soins médicalement requis indépendamment du lieu de dispensation des soins. La loi définit ainsi le cabinet privé : « un endroit situé ailleurs que dans un établissement où un ou plusieurs médecins, dentistes ou autres professionnels, individuellement ou en groupe, pratiquent habituellement leur profession à titre privé et à leur seul compte [...] ». [1] Quant aux CLSC, ils étaient ainsi définis : « La mission d'un CLSC est d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion. Ils s'assurent que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs familles soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile [...]. Leur mission est aussi de réaliser des activités de santé publique sur son territoire. » [2] Les cabinets privés et les CLSC ont coexisté comme modèles d'organisation des soins de première ligne pendant une trentaine d'années.

En 2002, les premiers groupes de médecine familiale (GMF) font leur apparition suite au rapport Clair qui recommandait « que l'organisation d'un réseau de première ligne constitue l'assise principale du système de santé et de services sociaux ; que le réseau soit formé à partir de la double réalité actuelle des CLSC et des cabinets de médecins ; que le volet médical du réseau de première ligne soit assumé par des groupes de médecine familiale avec la collaboration des infirmières cliniciennes. » [3] Selon la définition du ministère, le GMF est « un regroupement de médecins de famille qui travaillent en étroite collaboration avec d'autres professionnels de la santé pour permettre à la clientèle d'avoir plus facilement accès à des soins médicaux. » [4]

En pratique aujourd'hui, le gouvernement va beaucoup plus loin que le rapport Clair. Il a amorcé le transfert des CLSC vers les GMF de la plupart des catégories de professionnels de la santé (travailleurs sociaux, physiothérapeutes, nutritionnistes, orthophonistes, ergothérapeutes, psychologues). Le présent déploiement des GMF au détriment des CLSC représente un virage dans l'organisation de la première ligne. Dans les derniers mois, nous avons vu des médecins et professionnels travaillant en CLSC lancer un cri d'alarme, car des patients ayant des pathologies complexes sont négligés faute de personnel soignant. [5]

Le plus important bilan du déploiement des GMF a été fait dans un rapport par la vérificatrice générale en 2015 et fait état de nombreuses failles quant à l'accessibilité universelle et à la prise en charge des patients vulnérables. La vérificatrice générale établit un constat d'échec quant à la transition du modèle de première ligne des CLSC vers les GMF.[6] Sur le plan des coûts, une étude de l'INSPQ conclut à propos des patients vulnérables étudiés en GMF que « lorsque contrastées aux coûts d'implantation et de maintien de la réforme, les économies nettes ne sont pas substantielles. » [7]

---

[1] Loi sur les Services de Santé et Services Sociaux (LSSSS), article 95.
[2] LSSSS, article 80.
[3] Commission d'étude sur les services de santé et services sociaux, Les solutions émergentes, Gouvernement du Québec, 2000, p.43, recommandation numéro 2.
[4] *Ibid.* Recommandation num.4, p.52.
[5] Michel Dongois, « Pas mort mais pas fort », Profession Santé, vol.2, septembre 2016.
[6] Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015- 2016.
[7] Erin Strumpf, « Des économies réalisées grâce aux GMF : Oui, mais ... », GMF sous les projecteurs, numéro 1, octobre 2013. Institut national de santé publique, disponible via www.inspq.qc.ca/publication/.

MQRP considère que le GMF peut être un modèle de prestation intéressant à certains égards, mais que la formule doit être améliorée afin de préserver l'accessibilité et une saine gestion publique des services de santé tel que stipulé par la Loi canadienne sur la santé.[8] Une force des GMF est de permettre aux médecins de famille des cabinets privés, pratiquant en solo, de se regrouper pour améliorer l'offre de services. Cependant, force est de constater que le GMF dans sa forme actuelle n'est pas une panacée. Face à un important déficit d'information et de rétroaction sur cette politique, les questions demeurent entières sur la qualité des soins, l'efficience, ainsi que l'abandon de l'approche universelle et territoriale. Du point de vue démocratique, il est aussi essentiel que la population soit informée à la fois des montants alloués aux GMF et du véritable système de gestion privée de cet imposant budget venant des fonds publics.

Dans le travail de recherche qui suit, MQRP tente de pallier au manque d'information sur les GMF. Plus spécifiquement, notre étude cherche à caractériser les types de propriétés et les modèles de gestion corporative complexes des GMF qui les distinguent des cabinets privés traditionnels. À notre connaissance, cela n'a pas fait l'objet d'une enquête systématique malgré les conséquences sur le délicat équilibre entre les secteurs public et privé. En somme, MQRP tente de dresser un portrait des formes corporatives empruntées par certains GMF afin d'asseoir une réflexion concernant leur impact quant au caractère public de la première ligne de soins.

Méthodologie

Aux fins de cette étude, nous avons eu recours à une méthodologie mixte de type séquentiel exploratoire. Nous avons consulté le registre des entreprises du Québec (REQ) afin d'étudier la structure de propriétés des GMF de l'île de Montréal. Parallèlement, nous avons mené des entrevues avec quatre médecins pratiquant en GMF, afin d'explorer leurs perceptions quant à l'influence des opérations à but lucratives sur leur pratique. Les résultats de ces entrevues nous ont permis de créer un sondage visant à mesurer l'intensité de pratiques axées sur la génération de profits dans les milieux de travail des médecins exerçant en GMF. Toutefois, vu le faible nombre de répondants, nous n'avons pu tirer des conclusions probantes de ce sondage. Les résultats sont tout de même présentés en annexe à titre informatif.

Échantillon et analyse

Faute de ressource, nous avons limité notre consultation du REQ aux GMF de l'île de Montréal pour des raisons de commodité. Puisque près du tiers des GMF de la province se trouve sur l'île métropolitaine, notre échantillon demeure tout de même substantiel.

Les résultats de notre consultation du REQ sont présentés sous deux formes. Nous présentons d'abord une analyse statistique descriptive du type d'entreprise (société par actions, etc.), ainsi que de l'identité de leurs propriétaires (médecins, personnes morales, etc.). Nous présentons ensuite les organigrammes de deux de ces entreprises (en préservant leur anonymat), choisies en fonction du caractère illustratif des techniques financières et juridiques qu'elles déploient provenant de modèles de gestion entrepreneuriale.

[8] Vous référer à la section Discussion du présent document pour connaître les principes de la Loi canadienne sur la santé.

Résultats

Types d'entreprises

Les données disponibles au sein du REQ nous ont permis d'établir la structure de propriété de 54 des cliniques/cabinets/centres médicaux faisant partie d'un des 96 GMF de l'île de Montréal.

Le tableau 1 dénombre la forme légale des 54 GMF qui constituent notre échantillon. On constate d'abord que 40 (74%) de ces GMF sont des sociétés par actions, i.e. des entreprises à but lucratif constituées en tant que personnes morales, distinctes de leurs propriétaires ou actionnaires. Parmi les avantages de cette forme d'entreprise, on retrouve la responsabilité des propriétaires qui est limitée et leur fardeau fiscal allégé.[9] En effet, par la création d'un *holding,* ces entreprises peuvent réduire le risque financier pour leurs associés ou leurs actionnaires qui ne sont tenus de rembourser les dettes que dans la limite de leur participation dans le capital. Donc, contrairement au cas où ceux-ci contractent seuls des crédits bancaires, cette opération permettra de protéger leurs actifs, notamment ceux qui auraient servi de garanties en contrepartie desdits crédits. Au point de vue fiscal, un avantage significatif est l'intégration fiscale. Celle-ci permet aux groupes de sociétés de globaliser l'imposition de leur bénéfice. Ainsi, au sein du groupe, les déficits des sociétés se compensent avec les bénéfices des autres afin de calculer le résultat imposable. De plus, les dividendes versés par les filiales à la *holding* sont exonérés en intégralité.[10]

Le quart restant des GMF montréalais est caractérisé par une variété de types d'entreprises, dont certaines peuvent générer des profits, mais qui pour la plupart (l'unique OSBL étant l'exception) engagent de façon significative la responsabilité des propriétaires et associés. On dénombre ainsi 6 sociétés en nom collectif (11% du total), 4 associations de personnes (7%), 3 entreprises individuelles (6%) et un organisme sans but lucratif (OSBL).

Tableau 1. Forme légale des 54 GMF de l'île de Montréal

Forme légale	**N (%)**
Société par actions	40 (74)
Sociétés en nom collectif	6 (11)
Associations de personnes	4 (7)
Entreprises individuelles	3 (6)
Organismes sans but lucratif	1 (2)
Total	54 (100)

[9] L'article suivant, intitulé « Holding Companies have their Benefits » offre une illustration concrète des avantages fiscaux d'un holding. Publié par le *Globe and Mail* en 2009.
https://beta.theglobeandmail.com/globeinvestor/investment-ideas/holding-companies-have-their benefits/article786896/?ref=http://www.theglobeandmail.com&

[10] Documents produits par les banques RBC, BMO et CIBC expliquant les avantages fiscaux d'une société par actions. Pour consultation (en anglais).
http://ca.rbcwealthmanagement.com/documents/380894/380910/Website+Investment+Holding+Companies+2013.pdf/2c285b60-b095-4fcb-9801-ca81b3ed2167
https://www.bmo.com/newsletter/CAM/Winter2011/fr/surmonter-les-obstacles.html
https://www.cibcwg.com/c/document_library/get_file?uuid=5a193c0e-b9ab-401a-b999-b60778e692d0&groupId=103954&version=1.0

Identité des propriétaires

Les médecins sont quantitativement les principaux propriétaires des GMF à Montréal (tableau 2). En effet, 42 (78%) des 54 entités comptent au moins un médecin parmi les propriétaires, et 34 (63%) de ces entités sont la propriété exclusive de médecins, soit à titre personnel ou par l'entremise d'une compagnie de gestion, d'un *holding* ou d'une fiducie. Cinq (9%) des entités sont la propriété d'autres professionnels de la santé (pharmaciens, physiothérapeutes), tandis que 5 autres sont la propriété d'investisseurs issus d'autres milieux, tel que le secteur immobilier.

Tableau 2. Portrait des propriétaires des GMF de l'île de Montréal

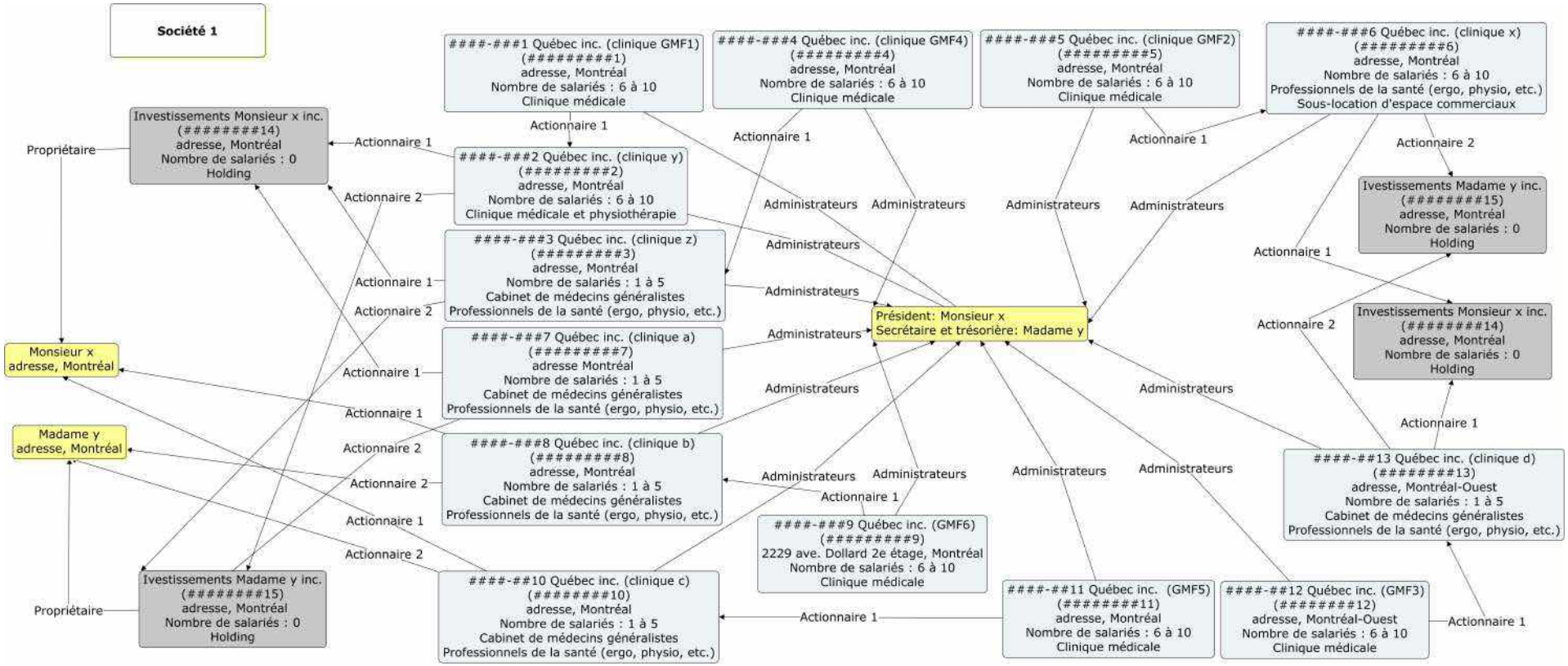
Forme de propriété	N (%)
Avec au moins 1 médecin	42 (78)
Exclusivement des médecins	34 (63)
Autres professionnels de la santé	5 (9)
Investisseurs issus d'autres milieux	5 (9)

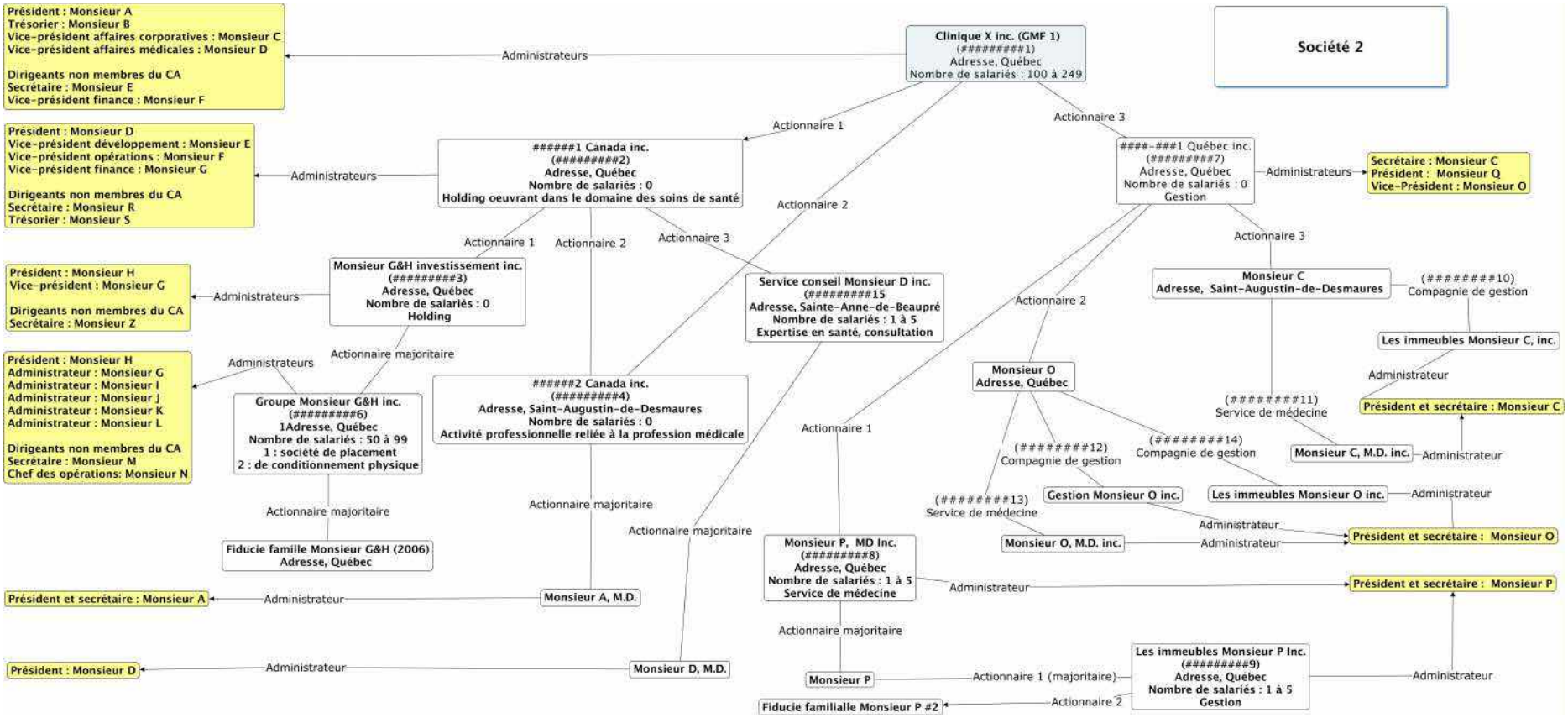
Étude cas : présentation de deux sociétés par actions propriétaires de GMF à Montréal

Dans cette section, nous présentons notre analyse sous forme d'organigrammes de la structure de deux sociétés par actions qui sont propriétaires de GMF à Montréal. Évidemment, la structure de ces sociétés et des GMF qui y sont associés ne représentent pas nécessairement l'ensemble des GMF déployé au Québec. Toutefois, nous trouvons hautement pertinent de les présenter comme illustration du changement de modèle de gestion et de gouvernance de la première ligne au Québec. Comme nous le démontrerons, ces sociétés par actions utilisent des techniques financières et juridiques visant à maximiser leurs profits. Bien que légale, cette forme d'organisation au sein d'un système public de santé soulève bien des questions.

Le premier organigramme présente la structure organisationnelle de la société 1. On remarque que Monsieur X et Madame Y sont les administrateurs de 7 cliniques et 6 GMF, desquels ils sont également actionnaires directement et par le biais de plusieurs sociétés d'investissements de type *holding*. Comme nous l'avons décrit plus tôt, les *holdings* bénéficient d'une fiscalité avantageuse. Dans la société numéro 2, ce sont plutôt les administrateurs, les sociétés de gestion, les fiducies et les groupes immobiliers qui sont multiples et actionnaires d'un seul GMF. La description détaillée de ces deux sociétés (que nous avons « anonymisé » afin de préserver l'identité des personnes impliquées dans ces sociétés) permet de comprendre comment le modèle qu'ils incarnent est à même de s'implanter dans notre régime public.

Deux principaux constats se dégagent de ces données. Le premier est que certains médecins n'hésitent pas à adopter l'ensemble des pratiques visant à limiter leur responsabilité financière et leur charge fiscale dans le cadre de leur pratique professionnelle. Dans le cadre de la présente étude, nous n'avons pas été en mesure de démontrer (voir plus bas) que cette attitude se traduit par des pratiques visant à maximiser leurs profits (offre de services lucratifs, mais dont les bénéfices au point de vue de la santé sont faibles par rapport aux coûts). Toutefois, puisque la finalité de toute société par actions est de générer des profits pour ses actionnaires, il demeure que


Société 1
####-###1 Québec inc. (clinique GMF1)
(#########1)
adresse, Montréal
Nombre de salariés : 6 à 10
Clinique médicale
####-###4 Québec inc. (clinique GMF4)
(#########4)
adresse, Montréal
Nombre de salariés : 6 à 10
Clinique médicale
####-###5 Québec inc. (clinique GMF2)
(#########5)
adresse, Montréal
Nombre de salariés : 6 à 10
Clinique médicale
####-###6 Québec inc. (clinique x)
(#########6)
adresse, Montréal
Nombre de salariés : 6 à 10
Professionnels de la santé (ergo, physio, etc.)
Sous-location d'espace commerciaux
Investissements Monsieur x inc.
(########14)
adresse, Montréal
Nombre de salariés : 0
Holding
Propriétaire
####-###2 Québec inc. (clinique y)
(#########2)
adresse, Montréal
Nombre de salariés : 6 à 10
Clinique médicale et physiothérapie
Ivestissements Madame y inc.
(########15)
adresse, Montréal
Nombre de salariés : 0
Holding
####-###3 Québec inc. (clinique z)
(#########3)
adresse, Montréal
Nombre de salariés : 1 à 5
Cabinet de médecins généralistes
Professionnels de la santé (ergo, physio, etc.)
Président: Monsieur x
Secrétaire et trésorière: Madame y
Investissements Monsieur x inc.
(########14)
adresse, Montréal
Nombre de salariés : 0
Holding
Monsieur x
adresse, Montréal
####-###7 Québec inc. (clinique a)
(#########7)
adresse Montréal
Nombre de salariés : 1 à 5
Cabinet de médecins généralistes
Professionnels de la santé (ergo, physio, etc.)
Madame y
adresse, Montréal
####-###8 Québec inc. (clinique b)
(#########8)
adresse, Montréal
Nombre de salariés : 1 à 5
Cabinet de médecins généralistes
Professionnels de la santé (ergo, physio, etc.)
####-###9 Québec inc. (GMF6)
(#########9)
2229 ave. Dollard 2e étage, Montréal
Nombre de salariés : 6 à 10
Clinique médicale
####-##13 Québec inc. (clinique d)
(########13)
adresse, Montréal-Ouest
Nombre de salariés : 1 à 5
Cabinet de médecins généralistes
Professionnels de la santé (ergo, physio, etc.)
Ivestissements Madame y inc.
(########15)
adresse, Montréal
Nombre de salariés : 0
Holding
Propriétaire
####-##10 Québec inc. (clinique c)
(########10)
adresse, Montréal
Nombre de salariés : 1 à 5
Cabinet de médecins généralistes
Professionnels de la santé (ergo, physio, etc.)
####-##11 Québec inc. (GMF5)
(########11)
adresse, Montréal
Nombre de salariés : 6 à 10
Clinique médicale
####-##12 Québec inc. (GMF3)
(########12)
adresse, Montréal-Ouest
Nombre de salariés : 6 à 10
Clinique médicale
Actionnaire 1
Actionnaire 2
Administrateurs


Société 2
Clinique X inc. (GMF 1)
(#########1)
Adresse, Québec
Nombre de salariés : 100 à 249
Administrateurs
Président : Monsieur A
Trésorier : Monsieur B
Vice-président affaires corporatives : Monsieur C
Vice-président affaires médicales : Monsieur D
Dirigeants non membres du CA
Secrétaire : Monsieur E
Vice-président finance : Monsieur F
Actionnaire 1
Actionnaire 2
Actionnaire 3
######1 Canada inc.
(#########2)
Adresse, Québec
Nombre de salariés : 0
Holding oeuvrant dans le domaine des soins de santé
Président : Monsieur D
Vice-président développement : Monsieur E
Vice-président opérations : Monsieur F
Vice-président finance : Monsieur G
Dirigeants non membres du CA
Secrétaire : Monsieur R
Trésorier : Monsieur S
####-###1 Québec inc.
(#########7)
Adresse, Québec
Nombre de salariés : 0
Gestion
Secrétaire : Monsieur C
Président : Monsieur Q
Vice-Président : Monsieur O
Monsieur G&H investissement inc.
(#########3)
Adresse, Québec
Nombre de salariés : 0
Holding
Président : Monsieur H
Vice-président : Monsieur G
Dirigeants non membres du CA
Secrétaire : Monsieur Z
Service conseil Monsieur D inc.
(#########15
Adresse, Sainte-Anne-de-Beaupré
Nombre de salariés : 1 à 5
Expertise en santé, consultation
Monsieur C
Adresse, Saint-Augustin-de-Desmaures
(########10)
Compagnie de gestion
Les immeubles Monsieur C, inc.
Administrateur
Président et secrétaire : Monsieur C
Monsieur O
Adresse, Québec
(########11)
Service de médecine
Monsieur C, M.D. inc.
Administrateur
(########12)
Compagnie de gestion
(########14)
Compagnie de gestion
Gestion Monsieur O inc.
Les immeubles Monsieur O inc.
Administrateur
(########13)
Service de médecine
Monsieur O, M.D. inc.
Administrateur
Président et secrétaire : Monsieur O
Président : Monsieur H
Administrateur : Monsieur G
Administrateur : Monsieur I
Administrateur : Monsieur J
Administrateur : Monsieur K
Administrateur : Monsieur L
Dirigeants non membres du CA
Secrétaire : Monsieur M
Chef des opérations: Monsieur N
Groupe Monsieur G&H inc.
(#########6)
1Adresse, Québec
Nombre de salariés : 50 à 99
1 : société de placement
2 : de conditionnement physique
Actionnaire majoritaire
Fiducie famille Monsieur G&H (2006)
Adresse, Québec
######2 Canada inc.
(#########4)
Adresse, Saint-Augustin-de-Desmaures
Nombre de salariés : 0
Activité professionnelle reliée à la profession médicale
Monsieur P, MD Inc.
(#########8)
Adresse, Québec
Nombre de salariés : 1 à 5
Service de médecine
Président et secrétaire : Monsieur P
Président et secrétaire : Monsieur A
Monsieur A, M.D.
Président : Monsieur D
Monsieur D, M.D.
Monsieur P
Actionnaire 1 (majoritaire)
Fiducie familialle Monsieur P #2
Actionnaire 2
Les immeubles Monsieur P Inc.
(#########9)
Adresse, Québec
Nombre de salariés : 1 à 5
Gestion

le fait de combiner les rôles de médecin et d'actionnaire créé à tout le moins un potentiel de conflit d'intérêts. Le second constat est que les GMF constituent des occasions d'affaires intéressantes pour d'autres acteurs, incluant de gros investisseurs issus d'autres secteurs de l'économie. Est-ce que de tels procédés améliorent l'efficience du système de santé ? Pour MQRP, il est légitime d'en douter.

Limites de l'étude

Notre étude de cas ne prétend pas dresser un portrait exhaustif des pratiques de gestion ayant cours dans les GMF, mais puisqu'elle met en lumière les procédés corporatifs en usage au sein de ces GMF, elle constitue une représentation fidèle de l'utilisation de ces procédés au cœur de la première ligne de notre système sociosanitaire financé publiquement. L'intérêt de ces deux cas ne réside donc pas dans le fait qu'ils soient ou non représentatifs, mais bien que leur description détaillée permette de comprendre comment le modèle qu'ils incarnent est à même de s'implanter dans notre régime public.

Une des limites de notre étude tient à ce que, pour comprendre la structure corporative des GMF, nous n'ayons recouru qu'au REQ, lui-même incomplet à bien des égards. Bien que nous ayons tenté d'entrer en contact avec des propriétaires de GMF, nous n'avons réussi à obtenir d'entrevues avec ces acteurs clés. Ce manque de triangulation des sources nuit possiblement à la certitude de nos résultats. Il faut remarquer, toutefois, que ce type d'opacité est la norme plutôt que l'exception pour quiconque tente d'éclairer les pratiques d'acteurs privés. À cet égard, l'extension du domaine privé au secteur de la santé nous fait craindre une aggravation du manque de transparence déjà décrié par les chercheurs qui étudient notre système de santé.

Conclusion

Le premier cas que nous avons étudié concerne une société par actions qui possède à elle seule 13 cliniques liées à 6 GMF. Un nombre restreint d'acteurs de cette taille qui représente déjà une forte proportion de l'offre de services de première ligne pourrait être en mesure d'exercer un poids politique considérable. De plus, de tels acteurs privés ont tout intérêt à promouvoir le développement de produits d'assurances privés et leur mise en concurrence avec le régime public d'assurance maladie. L'argument de la pente glissante est loin d'être irréaliste. Ce genre de mesures pourrait avoir comme effet de réduire l'offre publique de services et ultimement, de modeler tout le système de santé sur celui qui prévaut en médecine dentaire, où la couverture publique a été réduite sans cesse au fil des ans. Par ailleurs, la finalité de telles structures étant de limiter la responsabilité financière des actionnaires et de diminuer la charge fiscale des acteurs, on est en droit de se demander s'il est éthique que l'État québécois finance de telles entreprises. Nous encourons le risque de voir des acteurs devenir très influents et n'offrant aucune reddition de compte au sein de notre système de santé.

Bien entendu, la portée de notre étude demeure limitée. La nature de notre échantillon, tout d'abord, ne nous permet pas généraliser nos résultats à l'ensemble des GMF. Il faut toutefois souligner que notre étude ne visait pas à dresser un portrait d'ensemble des GMF au Québec, cette tâche dépassant largement nos moyens. Ce travail n'a d'ailleurs jamais été accompli ; les premiers efforts en ce sens de l'INRS n'ayant pas abouti, alors que ceux de la vérificatrice générale sont

demeurés sans suivi. Le manque d'accès à l'information combiné au manque de volonté politique y est probablement pour quelque chose. Or, les faits que nous avons mis en lumière concernant la structure et les pratiques des GMF que nous avons étudiés ne sont pas contestés. Quant à leur interprétation, il nous semble difficile de ne pas convenir que ces structures et ces pratiques sont celles de l'entreprise privée, bien que les GMF tirent la quasi-totalité de leurs revenus (à ne pas confondre avec profits) du trésor public.[11] Ces cas sont peut-être minoritaires à l'heure actuelle (aucune donnée ne nous permet de le dire ou de le contredire), cela ne les rend pas illégitimes pour autant, et rien n'assure que de tels cas ne soient appelés à se multiplier dans le contexte politique actuel.

Discussion

MQRP salue le regroupement des médecins de famille dans le but d'améliorer l'accès aux soins, et le présent ouvrage ne remet nullement en question la pertinence de ces efforts. Nous reconnaissons que la majorité des soins médicaux de première ligne, bien que faisant l'objet d'un financement public (depuis la mise en œuvre de la loi sur l'assurance-maladie), est dispensée par médecins omnipraticiens qui pratiquent habituellement à titre privé et à leur seul compte (Loi sur l'assurance-maladie, article 75). Nous n'oublions pas que ces médecins sont également présents dans les hôpitaux, CLSC, et unités de médecine familiale (UMF).

Le regroupement en GMF implique la création de nouvelles structures corporatives qui doivent refléter le caractère public du financement de la première ligne ainsi que les principes de la Loi canadienne sur la santé, soit :

1) *Universalité* : tous les résidents ont droit à des services de santé assurés prévus par le régime, selon des modalités uniformes.
2) *Gestion publique* : le régime d'assurance-maladie d'une province ou d'un territoire doit être géré sans but lucratif par une autorité publique.
3) *Accessibilité* : aucun obstacle financier ou autre ne doit entraver l'accès satisfaisant des personnes assurées aux services requis dispensés par un hôpital et un médecin.
4) *Transférabilité* : la condition de transférabilité doit prévoir le paiement des montants pour les coûts des services de santé lorsqu'une personne assurée déménage ou voyage au Canada, ou encore voyage à l'extérieur du pays.
5) *Intégralité* : tous les services médicaux requis offerts par les hôpitaux et les médecins doivent être assurés.

Il doit aussi tenir compte du droit à tous les services que rendent les médecins et qui sont requis au point de vue médical ainsi qu'à la liberté qu'a une personne de choisir le professionnel de la santé par lequel elle désire être traitée (Loi sur l'assurance-maladie).

Le développement des GMF, empruntant généralement le statut de société par actions tel que démontré dans ce projet de recherche, ne change pas le fait que les soins médicaux de première ligne demeurent financés publiquement et prodigués privément. Ce qui attire notre attention, c'est le mode de propriété privée qui se développe au sein des GMF, en particulier l'émergence de grandes entreprises privées (à but lucratif) qui occupent désormais une place importante au sein de notre système de santé. En effet, le développement des GMF s'accompagne d'un changement

[11] Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés, Portrait des GMF au Québec par CSSS, 2014.

majeur dans le type d'entreprise privée appelé à occuper une place de plus en plus grande dans la prestation de soins médicaux de première ligne : on passe d'un cabinet administré par un ou quelques médecins (une petite entreprise) à des GMF au sein desquels exercent des dizaines de médecins, ainsi que plusieurs autres techniciens et professionnels.

De plus, le nouveau modèle d'affaires qui se met en place dans le réseau de GMF se caractérise par la panoplie habituelle d'outils visant à diminuer la charge fiscale des entreprises : gestion par l'entremise de *holdings*, de fiducies et de compagnies à numéro, soit une foule de mesures qui diminuent aussi bien le paiement d'impôts que la transparence. Ces modes de gestions sont généralement caractérisés par un minimum de reddition de comptes pour ce qui est des résultats sociosanitaires obtenus en échange des investissements publics consentis, et par des procédés administratifs où la participation des professionnels et des patients est peu valorisée. Qu'il s'agisse de paiements versés aux médecins par la RAMQ, des sommes alloués aux GMF pour les salaires versés aux autres professionnels de la santé par les CISSS et CIUSSS, ou encore des sommes allouées par le MSSS pour divers frais administratifs (somme de démarrage, loyer, informatisation, administration, ameublement…), tout cet argent provient du trésor public. Le gouvernement devrait exiger des rapports annuels détaillés sur l'utilisation des ressources.

Entre 2002 et 2010, le MSSS a investi presque 342 millions dans la mise sur pied des GMF, ce qui représente à peu près 300 000 $ par GMF.[12] Ce sont des montants substantiels et une analyse des coûts versus bénéfices des GMF en termes d'état de santé et d'accès aux soins s'impose avant de continuer à développer ce mode de fonctionnement de la première ligne. Après 15 ans d'implantation et selon le rapport accablant de la vérificatrice générale, les GMF ne respectent toujours pas leurs seules conditions de financement par rapport au nombre de patients inscrits et d'heures d'ouverture plus étendues, et ce sans que les autorités n'interviennent suffisamment.

Nous croyons que les GMF doivent refléter le caractère public du financement de la première ligne, ainsi que ses finalités : une approche populationnelle basée sur l'accessibilité, la gratuité, et l'intégralité. Les principes de saine gestion des fonds publics - transparence, participation publique, imputabilité – doivent prévaloir au sein des GMF afin de favoriser la pérennité du régime public. MQRP s'oppose au développement de ce modèle d'affaires au cœur de la première ligne de notre système de soins médicaux. MQRP préconise donc que les GMF soient, de par la loi, constitués en organismes sans but lucratif (OSBL), munis d'un conseil d'administration imputable, au sein duquel sont représentés médecins, professionnels et patients.

Par ailleurs, il y a lieu de se questionner sur les raisons de la création de grande envergure des « supercliniques » au Québec. Est-ce que cette énième structure de dispensation privée de la première ligne pourra réellement pallier au manque d'accessibilité des GMF ? Dans ce cas, n'y aurait-il pas lieu de corriger et bonifier le travail des autres structures existantes y compris les GMF plutôt que de se lancer dans un tel nouveau projet ?

[12] Stéphanie Boulenger et Johanne Castonguay, "Portrait de la rémunération des médecins de 2000 à 2009", Série Scientifique, 2012-13, Cirano, pp 20-22.

Recommandations

MQRP considère qu'un redressement majeur s'impose dans le modèle GMF pour assurer l'accès aux services médicaux pour toute la population dans des conditions uniformes et pour promouvoir le développement d'une première ligne publique de qualité. C'est pourquoi nous formulons les recommandations suivantes qui concernent trois aspects fondamentaux : propriété, gouvernance et accès.

Propriété

R1. Le gouvernement doit s'assurer que les GMF opèrent sans but lucratif.

R2. La propriété des GMF doit revenir à des médecins qui y exercent ou aux établissements publics. Un médecin seul ou en groupe ne peut posséder plus d'un GMF et devrait y exercer.

Gouvernance

R3. Tout GMF doit être doté d'un conseil d'administration au sein duquel les usagers devraient être représentés, et produire au ministère un rapport de ses activités en regard à ses obligations. Ce rapport doit être disponible au public.

R4. Les GMF doivent être dotés d'un mécanisme pour traiter les plaintes des usagers et du personnel, semblable à celui qui existe au sein des établissements publics.

R5. Le gouvernement doit mettre en place les mécanismes de surveillance nécessaires pour s'assurer que les GMF respectent leurs contrats en termes d'accès et de disponibilité.

Accès

R6. Le gouvernement doit cesser le transfert des professionnels des CLSC vers les GMF. L'accès aux professionnels autres que médicaux en GMF ne doit pas se faire au détriment des CLSC. Pour une meilleure adéquation aux besoins multiples de la population, les professionnels des CLSC et GMF doivent agir de façon coordonnée.

R7. L'accès aux GMF ne devrait pas être exclusif aux patients qui y sont déjà inscrits.

R8. Le MSSS doit évaluer les besoins et susciter le développement des ressources appropriées en médecine familiale adaptées au milieu et selon les besoins populationnels. La distribution de ces services ne peut être laissée au seul choix des GMF et de leur conseil d'administration.

ANNEXE I

Résultats des entrevues et du sondage

L'objectif des entrevues et du sondage était de comprendre s'il existe des pratiques ou des modes de gestion qui seraient propres au GMF. Pour réunir les données nécessaires à cette section, nous avons privilégié deux modes de collecte de données. Nous avons d'abord choisi l'entrevue auprès de médecins travaillant au sein de GMF. Toutefois, pour plusieurs raisons, il fut difficile d'entrer en contact avec un nombre suffisant de médecins. Nous nous sommes donc réorientés vers un sondage mené auprès de médecins oeuvrant dans le réseau de santé du Québec. Les résultats qui suivent sont donc issus du croisement de ces deux modes de collecte de données. Ils sont présentés en trois sections : milieu de travail, rémunération et gestion.

Milieu de travail

L'objectif principal ici était de déterminer s'il existait des tendances dans la structuration des milieux de travail au sein de GMF. De là, nous cherchions d'abord à investiguer les liens de proximité potentiels entre les GMF et d'autres services médicaux ou paramédicaux, puis nous cherchions également à mettre en lumière les avantages et inconvénients perçus par les médecins quant à leur milieu de travail.

La très grande majorité (96%) des 47 personnes sondées ont indiqué que des services médicaux et paramédicaux autres que ceux dispensés directement au sein du GMF se trouvaient à distance de marche de leur clinique, cabinet ou centre médical. Parmi les services indiqués, on retrouve : pharmacie, radiologie, ergothérapie, physiothérapie, laboratoires médicaux, dentisterie, kinésiologie, psychothérapie, nutrition, orthophonie, audiologie/audioprothésiste et centre de mise en forme. Un pourcentage important des répondants a indiqué qu'à proximité du GMF se trouvaient des services de laboratoire (57.8%), de physiothérapie (62.2%), de radiologie (73.3%) et surtout, de pharmacie (95.6%). Tout aussi significatif, 75% des répondants ont indiqué que ces autres services étaient offerts au sein du même immeuble que celui à l'intérieur duquel se trouve le GMF. De ces services, la pharmacie est de loin celui qui est le plus récurent avec 63% des répondants affirmant que leur GMF partageait l'immeuble avec une pharmacie. Une des personnes ayant répondu à l'entrevue spécifiait d'ailleurs que c'était le pharmacien partageant le bâtiment avec le GMF qui était propriétaire de l'immeuble.

Perceptions des médecins pratiquant en GMF quant à leur milieu de travail

Par le biais du sondage et des entrevues, nous avons tenté de savoir quelle était la perception des médecins de leur pratique en GMF.

Une proportion significative des médecins sondés considère que les GMF permettent de voir un plus grand nombre de patients. Effectivement, plus de 70% des personnes interrogées voient dans les GMF une manière de voir un grand nombre de patients. Ce résultat ne permet toutefois pas de déterminer explicitement par rapport à quelle entité le GMF est comparé (cabinets, CLSC, cliniques à financement privé).

L'un des principaux avantages perçus par les médecins travaillant en GMF est la présence d'un personnel qualifié et compétent pour les soutenir dans leur pratique. S'il existe quelques réponses dissonantes à cet égard, une part importante de répondants a indiqué qu'un des avantages

premiers au travail en GMF est la présence d'infirmières spécialisées. Combinées à la présence d'un personnel de bureau efficace, ces infirmières formeraient un groupe de non médecins qui permet d'assurer le suivi d'un plus grand nombre de patients et/ou de meilleure qualité.

On note que le travail en équipe semble être une composante importante du travail dans la plupart des GMF. Une majorité de répondants considèrent que le travail en équipe est une pratique encouragée en GMF. Ce travail en équipe, qu'il soit entre collègues médecins (réunion d'équipe, système de couverture pour absence, etc.) ou avec le personnel de soutien et les infirmières (suivi alterné pour les maladies chroniques, triage et orientation des patients, administration de certains tests, etc.) semble être le principal avantage du travail en GMF.

Rémunération

La quasi-totalité des répondants a déclaré avoir le statut de travailleurs ou de travailleuses autonomes. Toutefois, bien que la majorité ait indiqué bénéficier d'une rémunération à l'acte ou mixte, une part importante a indiqué être salariée. Cette donnée semble s'expliquer par la pratique de nombre de répondants au sein de CLSC. Les répondants travaillant en GMF ont rapporté un mode de rémunération à l'acte couplé à une entente les liant à la clinique sur la base d'un pourcentage de leur rémunération (ce pourcentage varie chez les répondants entre 18 et 28 %).

Gestion

Ici, trois grands thèmes semblent se détacher. Nous avons déjà évoqué qu'un des principaux avantages perçus par les médecins travaillant en GMF renvoie à la collaboration avec des infirmières et un personnel dit de bureau aidant dans les tâches administratives. Cette aide administrative est visible non seulement dans les tâches de secrétariat, mais aussi dans la mise à disposition d'outils comme les dossiers électroniques ou les logiciels de facturation. Effectivement, plus de la moitié des répondants ont mentionné qu'ils bénéficiaient d'une forme d'aide à la facturation.

La facturation de frais accessoires était présente dans environ 30% des GMF au sein desquels pratiquent les répondants à notre enquête. Elle peut prendre diverses formes allant de frais pour des rendez-vous manqués, pour des formulaires, pour la vaccination, pour le transport de spécimen, etc.

Près de 20% des GMF est la propriété de non médecins. En incluant les médecins propriétaires, à peine 40% des médecins travaillant en GMF participent à l'administration de leur environnement de travail.