



MAI 2017 Note socioéconomique

CLSC ou GMF ?

Comparaison des deux modèles et impact du transfert de ressources

ANNE PLOURDE

chercheuse associée à l'IRIS

L'organisation des services de santé et des services sociaux de première ligne au Québec subit actuellement des transformations importantes. Depuis la publication du rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair) en 2000¹, le passage vers une première ligne structurée autour des Groupes de médecine de famille (GMF) est amorcé. Ce virage s'est récemment accéléré avec l'adoption en 2015-2016 d'un nouveau cadre de gestion pour les GMF². Celui-ci implique un transfert de ressources professionnelles (y compris des ressources sociales) des centres locaux de services communautaires (CLSC) vers les GMF³. Dans cette note socioéconomique, l'IRIS propose une comparaison entre le modèle des CLSC et celui des GMF et une analyse des impacts de ce transfert.

Jusqu'à maintenant, le développement des GMF s'était réalisé par l'ajout de nouvelles ressources financières de la part du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plus précisément, le ministère finançait les GMF et leur octroyait du personnel professionnel (principalement des infirmières) par l'intermédiaire de budgets spécifiques accordés à cette fin aux Agences régionales de la santé et des services sociaux ainsi que des ententes particulières de rémunération entre les médecins pratiquant en GMF et la Régie de l'assurance-maladie du Québec⁴.

Avec le plus récent cadre de gestion des GMF, les nouvelles ressources professionnelles qui leur sont octroyées ne font pas l'objet d'un financement

supplémentaire. Elles sont ponctionnées à même le personnel professionnel des CLSC, à l'exception des infirmières qui continuent pour leur part de faire l'objet d'un financement spécifique de la part du ministère :

Le personnel infirmier accordé par le CISSS ou le CIUSSS aux GMF de leur territoire est financé par le MSSS. Le MSSS octroie, au CISSS ou au CIUSSS, un montant forfaitaire en soutien au coût des salaires du personnel infirmier attribué au GMF. Les travailleurs sociaux et les autres professionnels de la santé prévus par le Programme ne font pas l'objet de financement spécifique. Ces ressources sont une migration des professionnels de la santé de l'établissement vers les GMF⁵.

Avec cette annonce en mars 2016⁶, il est donc devenu clair que la transition vers une première ligne centrée sur les GMF se fait largement au détriment des établissements publics de première ligne que sont les CLSC, bien que ceux-ci, au moment de leur création, étaient destinés à devenir la porte d'entrée principale du réseau sociosanitaire.

Parallèlement, des réformes majeures sont également engagées au sein du réseau des établissements publics lui-même, notamment sur le plan de la gestion des établissements, de l'organisation du travail dans les CLSC et de la rémunération des médecins qui y pratiquent. Ne mentionnons pour l'instant que le projet de loi 10, adopté en 2015, qui modifie considérablement l'organisation et le modèle de gestion du réseau sociosanitaire (et sur lequel nous reviendrons)⁷. Comme nous le verrons, ces réformes ont pour effet de faire converger le modèle des CLSC vers celui des GMF, ou du moins d'amoindrir les différences entre les deux modèles.

C'est donc à un véritable virage des CLSC vers les GMF que nous assistons actuellement. Dans ce contexte, il apparaît utile de proposer une comparaison entre ces deux modèles de distribution des services de première ligne^a. Dans le prolongement de la réflexion amorcée à ce sujet dans une étude récente de l'IRIS⁸, il s'agira : 1) de faire un bref retour sur l'histoire respective des CLSC et des GMF ; 2) de comparer les deux modèles en tenant compte de leur évolution récente et ; 3) de présenter les impacts potentiels du recentrage de la première ligne sur les GMF. En conclusion, nous reviendrons sur les propositions esquissées précédemment par l'IRIS à ce sujet⁹.

a Les services de « première ligne » renvoient aux services sanitaires et sociaux « courants » et incluent notamment les services de prévention des maladies et des problèmes sociaux, la promotion de la santé ainsi que les services curatifs non spécialisés comme la médecine de famille et l'accueil psychosocial. Les services de « deuxième » et « troisième ligne » désignent plutôt les services sociosanitaires spécialisés et ultraspécialisés qui sont généralement dispensés dans les centres hospitaliers généraux ou universitaires et les centres d'hébergement ou d'accueil. Par exemple, dans le domaine de la santé, les campagnes de vaccination et les consultations annuelles auprès des médecins de famille sont des services de première ligne ; les services hospitaliers d'urgence et les consultations auprès des médecins spécialistes (gastro-entérologues, oncologues, psychiatres, etc.) sont des services de deuxième ligne ; les interventions chirurgicales complexes et rares sont des services de troisième ligne.

Des CLSC aux GMF : historique des deux modèles

CLSC : LES CAUSES D'UN « ÉCHEC »^b

Les CLSC ont été créés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1971¹⁰, qui a également donné naissance au système public de santé et de services sociaux du Québec. Cette réorganisation majeure du réseau sociosanitaire s'inscrivait dans la foulée de la vaste Réforme des Affaires sociales initiée par le ministre des Affaires sociales de l'époque, Claude Castonguay, et elle faisait suite aux recommandations du rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Commission Castonguay-Nepveu), présidée jusqu'à son élection en 1970 par Claude Castonguay lui-même¹¹.

Ces établissements publics de première ligne sont nés sous la pression des mouvements syndicaux et populaires. Le mouvement syndical québécois réclamait depuis au moins 1966 le développement d'un réseau complet de polycliniques de première ligne intégrant des services de santé et des services sociaux et favorisant le travail en équipes multidisciplinaires¹². Par ailleurs, le modèle initial des CLSC sera, sous plusieurs aspects importants, très proche de celui des cliniques communautaires et populaires développées par le mouvement populaire à partir de 1967¹³.

La création des CLSC visait notamment à pallier l'incapacité des cabinets médicaux privés à répondre aux besoins sanitaires de l'ensemble de la population, plus particulièrement dans les régions rurales et les quartiers défavorisés peu payants pour la profession médicale. Ainsi, dans le premier tome de son rapport sur la santé, la Commission Castonguay-Nepveu constate l'échec de la profession médicale à développer, sur une base privée, un réseau complet de services médicaux de première ligne :

il n'existe actuellement aucun organisme chargé d'assurer à la population la disponibilité des soins de première ligne. Le médecin fournit partiellement par éthique professionnelle, mais la profession médicale n'a pas mis en place des organismes les distribuant en permanence. L'hôpital accepte de fournir les soins d'urgence, mais décline la mission de répondre à la demande de soins de première ligne¹⁴.

b C'est le ministre Gaétan Barrette qui, afin de justifier le transfert de ressources des CLSC vers les GMF, a qualifié les CLSC « d'échec ». Jessica Nadeau, « Les CLSC ? Un échec, selon Barrette », *Le Devoir*, 4 mars 2016, en ligne.

Destinés à l'origine à devenir la principale porte d'entrée du réseau sociosanitaire, les CLSC ne joueront finalement jamais ce rôle. Plusieurs raisons expliquent cet « échec ». Mentionnons d'abord le fait que dès le départ, le modèle des CLSC souffrait de ce qu'on pourrait considérer comme un « défaut de fabrication » : alors qu'on espérait intégrer la plupart des médecins de famille dans le nouveau réseau des CLSC, on leur permettait par ailleurs de continuer à exercer dans leurs propres cliniques privées tout en étant rémunérés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), créée l'année précédente. Autrement dit, les médecins de famille pouvaient être financés par des fonds publics sans pour autant être contraint-e-s de pratiquer dans le nouveau réseau public.

Or, les médecins de famille, organisé-e-s depuis peu au sein de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), ont massivement rejeté le modèle des CLSC. Refusant de devenir des employé-e-s salarié-e-s de l'État, les médecins craignaient avant tout de perdre leur statut de travailleuses et travailleurs autonomes et, de ce fait, de voir compromises leur liberté et leur autonomie professionnelles (et donc leur pouvoir sur les conditions de leur propre pratique). Notamment, les médecins étaient particulièrement outragé-e-s à l'idée d'être subordonné-e-s, au sein des CLSC, à des conseils d'administration composés en bonne partie de leurs propres patient-e-s^a.

En réaction à la menace de socialisation de la médecine que les CLSC représentaient à leurs yeux, les médecins ne se limiteront pas à boycotter ces nouveaux établissements en refusant de s'y engager. La FMOQ orchestrera une véritable campagne contre les CLSC, dont la manifestation la plus tangible sera le « projet 'Objectif 73' » : afin de faire concurrence au réseau naissant des CLSC, la Fédération encouragera les médecins de famille à se regrouper au sein de polycliniques privées et à prendre en charge elles-mêmes et eux-mêmes la distribution des soins médicaux de première ligne. Alors que la pratique de groupe était jusqu'alors très rare au Québec, des centaines de polycliniques privées apparaîtront en quelques années seulement^b. Comme nous le verrons plus loin, c'est à partir

de ces cliniques privées (qui sont, rappelons-le, financées par le biais de la rémunération publique des médecins) que seront créés les GMF au début des années 2000.

Les médecins ont donc joué un rôle crucial pour mettre en échec le projet gouvernemental de faire des CLSC la porte d'entrée principale du réseau sociosanitaire, ce que la FMOQ assume d'ailleurs pleinement dans un numéro récent de sa revue :

La Fédération avait mis sur pied le projet 'Objectif 73'. Son but : empêcher que tous les omnipraticiens travaillent dans les CLSC. Le ministère de la Santé et des Services sociaux, qui venait de créer ces établissements de soins, voulait en faire la porte d'entrée du nouveau système de santé du Québec. Il désirait en outre transformer les médecins en salariés. Les enjeux étaient importants. [...] La Fédération a contre-attaqué. Il fallait éviter que le système de santé devienne un grand réseau communautaire. La solution résidait dans le regroupement des médecins de famille et la création de cliniques.¹⁵

Il faut préciser toutefois que les CLSC ont également souffert d'un manque de volonté politique de la part du gouvernement lui-même^c. Non seulement n'a-t-il pas osé forcer les médecins financés publiquement à pratiquer dans le réseau public, mais il a aussi très rapidement remis en question le modèle initial des CLSC¹⁶. Dès le milieu des années 1970, plusieurs de ses aspects importants ont commencé à être abandonnés, et de nombreuses réformes successives du réseau l'ont considérablement modifié^d. De plus, le financement des CLSC n'a jamais été à la hauteur de la mission attendue de ces établissements. En 1988, alors que 155 CLSC couvraient l'ensemble du territoire québécois, ces établissements ne recevaient que 5,5 % du budget total de la santé et des services sociaux¹⁷.

Or, les pressions politiques importantes exercées par la puissante profession médicale ne suffisent pas à expliquer les hésitations et reculs du ministère des Affaires sociales et, plus tard, du MSSS. Si les CLSC ont rapidement perdu la faveur du ministère, c'est aussi parce que ces établissements étaient « dérangeants » : grâce à leur caractère relativement démocratique et à la place occupée par l'action

a Nous reviendrons plus loin sur cette particularité du modèle des CLSC. Au sujet des motivations de la FMOQ face aux CLSC, voir notamment le numéro suivant du périodique officiel de la Fédération, consacré presque entièrement à cette question : FMOQ, *Le médecin du Québec*, vol 9, n° 6, juin 1974. Voir aussi, plus récemment : FMOQ, *Le médecin du Québec*, vol 48, n°5, mai 2013 et FMOQ, *Le médecin du Québec*, vol 49, n°4, avril 2014.

b À ce sujet, voir Frédéric Lesemann, « La prise en charge communautaire de la santé au Québec », *Revue internationale d'action communautaire*, vol 1, n°1, 1979, p. 5-15. Selon lui : « Des cliniques privées se sont régulièrement implantées dans les alentours immédiats de la plupart des CLSC. » (p. 11)

c Benoit Gaumer et Marie-Josée Fleury parlent des « hésitations des autorités centrales » à l'égard des CLSC, alors que Luciano Bozzini souligne qu'ils étaient « only half wanted by politicians » : Benoit Gaumer et Marie-Josée Fleury, « La gouvernance du système sociosanitaire au Québec : un parcours historique », dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen et L. Bordeleau (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation*, Montréal, Éditions de la Chenelière, 2007, p. 27 ; Luciano Bozzini, « Local Community Services Centers (CLSCs) in Quebec : Description, Evaluation, Perspectives », *Journal of Public Health Policy*, vol 9, n°3, 1988, p. 357.

d Nous présentons plus loin le modèle initial et son évolution.

communautaire^a, plusieurs d'entre eux deviendront des lieux de revendications et de mobilisations sociales et politiques autour d'enjeux liés à la santé^b.

Ainsi, plusieurs des modifications apportées au modèle initial des CLSC par le ministère ont visé à « normaliser » les CLSC, c'est-à-dire à en faire des établissements « dépolitisés », destinés essentiellement à distribuer des services plutôt qu'à redonner du pouvoir aux citoyennes et aux citoyens sur leur propre santé et leurs conditions de vie^c. Néanmoins, le ministère ne parviendra jamais tout à fait à discipliner les CLSC et, au-delà d'un certain préjugé favorable au secteur privé, on peut certainement y voir une des raisons ayant motivé le virage récent vers les GMF.

GMF : UNE « SOLUTION DE RECHANGE » AUX CLSC

C'est dans le rapport de la Commission Clair en 2000 qu'on recommande pour la première fois au Québec l'organisation de la première ligne médicale autour de GMF¹⁸. Prenant acte du fait que les cabinets privés dispensent la plus grande partie des services médicaux, la Commission renonce à faire des CLSC la principale porte d'entrée du système sociosanitaire et confirme au contraire pour ceux-ci un rôle « complémentaire » à celui des cliniques privées^d :

a Nous reviendrons plus loin sur ces aspects du modèle des CLSC.

b Le rapport Brunet, commandé par le ministère des Affaires sociales en 1987 afin de réévaluer (à nouveau) la pertinence des CLSC, est d'ailleurs très clair à ce sujet : « Au début des années soixante-dix, florissaient encore au Québec les mouvements de contestation. Il se trouvait forcément des extrémistes dans tous les milieux [...]. Leur présence a davantage été remarquée dans les C.L.S.C. puisque ce type d'établissement visait des objectifs de changement et de nouveauté en matière de santé, de services sociaux, de pratiques professionnelles, etc. Comme ils devaient favoriser la participation de la population, autant pour identifier les problèmes auxquels elle faisait face que pour trouver des moyens de résorber ces problèmes, il est clair qu'ils dérangeaient beaucoup de gens en place, en commençant par les élites locales. On n'a d'ailleurs pas manqué de qualifier certains C.L.S.C. de foyer de contestation et de révolution. » Brunet, Jacques, *Rapport du Comité de réflexion et d'analyse des services dispensés par les CLSC*, Québec, MAS, 1987, p. 14. Sur le caractère « dérangeant » des CLSC, voir également Bozzini, *op. cit.*, p. 357, ainsi que Desrosiers, Gérard et Gaumer, Benoît, « Réformes et tentatives de réformes du réseau de la santé du Québec contemporain : une histoire tourmentée », *Ruptures*, 10(1), 2004, p. 14.

c C'est d'ailleurs dans ce sens qu'iront les principales recommandations du rapport Brunet, notamment en ce qui concerne la place de l'action communautaire. Brunet, *op. cit.* Voir également Desrosiers et Gaumer, « Réformes et tentatives... », *op. cit.*, p. 58-60.

d En fait, ces modifications de la mission des CLSC seront amorcées dès le milieu des années 1970, au moment où le ministère remet le modèle en question. Très rapidement, le ministère reconnaîtra les cliniques et

Les cabinets, qui ont des effectifs médicaux, reçoivent à peu près 80 % des consultations médicales courantes. Les CLSC, eux, [...] offrent des programmes spécifiques pour des clientèles vulnérables et d'autres programmes comme des soins et services à domicile. Il est grand temps, à notre avis, de reconnaître cette double réalité et de miser sur leurs forces respectives et complémentaires. [...] Nous ne répéterons pas ici, comme on le fait depuis 25 ans, que le CLSC devrait être la porte d'entrée du système de santé. Nous croyons qu'il est plus réaliste et plus utile d'affirmer qu'il est un partenaire essentiel dans l'organisation de la 1^{re} ligne de services de santé et de services sociaux¹⁹.

De fait, ce sont les GMF qui, à partir de 2002, deviendront aux yeux du ministère « le modèle phare de l'organisation des soins et services de santé de première ligne au Québec²⁰ ». En ce sens, on peut dire que la création des GMF au début des années 2000 représente en quelque sorte l'aboutissement de la remise en question du modèle des CLSC, amorcée dès le milieu des années 1970. Avec ce nouveau modèle de dispensation des services sanitaires, on espère (comme avec les CLSC) résoudre les problèmes d'accès à la première ligne, mais dans des termes compatibles avec les exigences des médecins. En effet, les GMF seront créés à partir des cliniques et des polycliniques privées qui, comme nous l'avons vu, ont été développées par les médecins en bonne partie en réaction à la « menace » posée par les CLSC. Autrement dit, les GMF sont pensés avant tout comme une solution de rechange (privée) aux CLSC, même si on prévoit que des GMF pourront aussi se constituer au sein des CLSC.

Tel qu'imaginé par la Commission Clair, le modèle des GMF devait permettre un accès accru et de meilleure qualité aux services de santé de première ligne, principalement grâce au développement d'une pratique de groupe favorisant des heures d'ouverture étendues et une meilleure continuité des soins : « le médecin et son Groupe de médecine de famille s'engageraient à fournir les soins de santé de 1^{re} ligne dans un délai raisonnable, 24 heures par jour, 7 jours par semaine²¹. » Il est intéressant de noter que les GMF, qui devaient regrouper des professionnels de la santé seulement (médecins de famille et infirmières cliniciennes et/ou praticiennes), n'étaient pas destinés au départ à dispenser eux-mêmes des services sociaux, ceux-ci étant considérés comme relevant des CLSC^c.

polycliniques médicales privées comme une partie intégrante de la première ligne, et la mission des CLSC sera progressivement redéfinie dans une optique « complémentaire » à ces cliniques.

e La responsabilité des CSSS dans la dispensation des services sociaux est clairement réitérée dans le guide d'accompagnement produit en 2006 par le Groupe de soutien à l'implantation des groupes de

Néanmoins, la pratique de groupe alliée à des ententes de services avec les CLSC devait permettre aux GMF d'avoir des responsabilités étendues, incluant :

la prise en charge et le suivi de l'état de santé; la promotion de la santé et la prévention de la maladie; le diagnostic, le traitement et le suivi d'épisodes de soins aigus et chroniques; la demande de consultation aux services médicaux des 2^e et 3^e lignes; la gestion de la continuité des services; la demande de consultation aux services psychosociaux; le travail en réseau avec d'autres Groupes de médecine de famille, avec le CLSC, le CHSLD ou l'hôpital de soins généraux et spécialisés; le recours à des programmes spécifiques en fonction des besoins de la clientèle du Groupe et de la population du CLSC²².

Dans les faits, le modèle des GMF mis en œuvre par le MSSS à partir de 2001-2002 sera cependant beaucoup plus limité. En effet, un GMF sera, pour l'essentiel :

- un regroupement de médecins (l'intégration d'infirmières est encouragée mais non obligatoire jusqu'en 2015-2016);
- œuvrant au sein d'une même clinique ou réparti-e-s sur plusieurs sites;
- dans un cadre privé, public ou « mixte^a »;
- et qui doit répondre à certaines exigences du ministère.

Jusqu'à la révision du cadre de gestion des GMF en 2015-2016, ces exigences se limitent, outre la pratique en groupe, à :

- des heures d'ouverture étendues (12 heures par jour en semaine et 4 heures par jour la fin de semaine et les jours fériés);
- l'inscription d'un minimum de 9 000 patient-e-s (maximum 30 000)²³.

Certaines contraintes supplémentaires se sont ajoutées à ces obligations avec le nouveau cadre de gestion promulgué en 2015-2016. Ainsi, les GMF doivent aussi désormais :

- respecter un taux d'assiduité minimal de 80 %^b;
- respecter certaines exigences quant à l'informatisation des dossiers médicaux;
- intégrer un nombre minimal de ressources professionnelles (infirmières, ergothérapeutes, travailleuses sociales, etc.)^c.

En échange du respect de ces critères, les GMF se font octroyer :

- du financement supplémentaire (c'est-à-dire en sus de la rémunération des médecins du groupe pour les actes médicaux posés);
- des ressources professionnelles (infirmières, ergothérapeutes, travailleuses sociales, etc.) rémunérées par les fonds publics.

CLSC et GMF : comparaison des deux modèles

Nous verrons maintenant plus en détail les diverses modalités des GMF. Il s'agira de comparer ce modèle avec celui des CLSC, tout en tenant compte des réformes récentes qui, comme nous le verrons également, tendent à faire converger les deux modèles. Les CLSC et les GMF seront comparés sur les points suivants : 1) mission; 2) mode de financement; 3) propriété et modèle de gestion; 4) organisation du travail.

médecine de famille, *Devenir un GMF : guide d'accompagnement*, Québec, MSSS, janvier 2006, p. 56. Si on insiste davantage dans ce document sur « la collaboration et le travail interprofessionnel » au sein des GMF – notamment avec les travailleuses sociales et les travailleurs sociaux –, cette collaboration est conçue comme devant passer par des ententes de services entre les GMF et les CSSS qui n'impliquent pas nécessairement le transfert physique de ressources sociales dans les locaux des GMF. De tels transferts ne sont à ce moment qu'une des modalités de collaboration imaginées par le Groupe de soutien et, avant la récente réforme du cadre de gestion des GMF, ils ne se sont réalisés que dans de très rares cas.

a Un GMF mixte est constitué à partir de plusieurs sites dont au moins un privé et un public.

b Le taux d'assiduité renvoie à l'accessibilité aux services; il vise à évaluer la capacité des personnes inscrites dans un GMF à avoir accès à un-e médecin du GMF lorsqu'elles en ont besoin : « Selon la définition actuelle du ministère, le taux d'assiduité est le nombre de visites médicales que font des patients inscrits à leur GMF, qui est mis en relation avec toutes les visites médicales faites par ces mêmes patients dans tout lieu de pratique de première ligne (GMF, urgence, autre clinique médicale, etc.) pendant une année, à l'exception des visites prioritaires à l'urgence de la région. » Vérificateur général du Québec, « Groupe de médecine de famille et cliniques-réseau », *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016 : vérification de l'optimisation des ressources*, chapitre 5, printemps 2015, p. 19.

c Par ailleurs, le nouveau cadre de gestion modifie les obligations des GMF en ce qui concerne le seuil minimal d'inscriptions : il est réduit à 6000 (avec des exceptions possibles pour les GMF desservant les territoires isolés) et pondéré en fonction de la vulnérabilité des personnes inscrites (un-e patient-e vulnérable peut compter, en fonction de son « code de vulnérabilité », pour jusqu'à 12 patient-e-s inscrit-e-s). De plus, les GMF sont désormais classés en fonction du nombre d'inscriptions : les GMF de niveau 1 comptent entre 6000 et 8999 patient-e-s inscrit-e-s alors que ceux de niveau 9 comptent 30 000 patient-e-s et plus.

MISSION

Au départ, les CLSC étaient destinés à devenir un réseau complet d'établissements publics dispensant l'ensemble des services sociosanitaires de première ligne. Une des grandes particularités de ce modèle était donc d'intégrer au sein d'un même établissement et sur une base locale des services de santé et des services sociaux courants, ainsi que des services d'action communautaire. De plus, le mandat des CLSC ne se limitait pas aux services sociosanitaires curatifs ; au contraire, on espérait que ces nouveaux établissements contribueraient à favoriser, au sein du réseau, un virage vers des pratiques axées sur la prévention et la promotion de la santé, notamment par le biais de l'action communautaire : celle-ci visait (entre autres) le développement au sein des communautés d'actions collectives sur les causes sociales de la maladie (pauvreté, logements insalubres, environnement malsain, conditions de travail, inégalités sociales, etc.).

Au cœur du modèle initial des CLSC se trouvait donc une mission *sanitaire, sociale et communautaire*, doublée d'une mission *curative, préventive et de promotion de la santé*. La remise en question du modèle des CLSC, entreprise par le ministère à partir du milieu des années 1970, a cependant conduit à une redéfinition considérable de sa mission, et notamment à un affaiblissement de la place et du rôle de l'action communautaire au sein du réseau. Le site internet du ministère ne fait d'ailleurs plus mention de l'action communautaire comme partie intégrante de la mission des CLSC :

La mission d'un centre local de services communautaires (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, des services de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion, ainsi que des activités de santé publique²⁴.

On constate néanmoins que même si les CLSC ne sont plus considérés comme la porte d'entrée principale du réseau en matière de services de santé, et malgré le transfert de ressources sociales vers les GMF amorcé récemment, la distribution de services de santé et de services sociaux courants (curatifs et préventifs) continue d'être une partie intégrante de la mission des CLSC. De plus, cette mission implique également une *responsabilité populationnelle*, c'est-à-dire que les CLSC doivent non seulement offrir des services à l'ensemble de la population de leur territoire, mais ils sont également tenus de rejoindre les personnes ayant besoin de services :

Le centre intégré qui assume [la mission d'un CLSC] doit s'assurer que les personnes ayant besoin de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs proches soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient fournis à l'intérieur de ses installations ou

dans le milieu de vie des personnes, c'est-à-dire à l'école, au travail ou à domicile. Au besoin, il s'assurera que ces personnes sont dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide²⁵.

En ce qui concerne les GMF, leur mission est essentiellement *médicale et curative*, et leur responsabilité se limite à la « clientèle » qui est inscrite auprès des médecins du GMF. Le nouveau cadre de gestion des GMF est d'ailleurs très clair à cet égard : le GMF « a pour mission d'offrir des services médicaux à toute clientèle, notamment le suivi continu d'une clientèle constituée d'un nombre minimal de patients inscrits auprès des médecins qui y exercent leur profession²⁶ ». On constate ici que malgré le transfert de ressources sociales vers les GMF prévu par le nouveau programme, la mission des GMF n'inclut pas officiellement de responsabilités en matière sociale. On constate également que cet énoncé ne fait aucune mention de la prévention et de la promotion de la santé.

Dans le modèle imaginé au départ par la Commission Clair, le mandat des GMF incluait pourtant, comme cela a été mentionné, des responsabilités en matière de prévention et de promotion de la santé. Toutefois, dans la mise en œuvre du modèle, le ministère choisira de n'imposer aucune obligation formelle à ce sujet. En effet, les contraintes imposées par le MSSS aux GMF visent pour la plupart une *accessibilité accrue aux services médicaux courants*, sans égard au type de pratique (curatif ou préventif) des médecins qui y œuvrent.

Or, le guide d'accompagnement produit par le Groupe de soutien à l'implantation des GMF en 2006 témoigne des tentatives (peu fructueuses) du ministère pour encourager le développement, sur une base volontaire, d'une pratique axée sur la prévention et la promotion de la santé au sein des GMF :

Les GMF détiennent un potentiel considérable pour améliorer la santé de la population en proposant une approche interprofessionnelle et en intégrant les volets prévention et promotion de la santé. Actuellement, de nombreux obstacles se dressent devant l'adoption de pratiques préventives efficaces, ce qui se traduit par la non-atteinte des objectifs fixés par les grands programmes de santé publique²⁷.

FINANCEMENT

Ces résultats mitigés en ce qui concerne la prévention et la promotion de la santé ne sont d'ailleurs probablement pas étrangers au mode de financement des GMF, que nous comparons maintenant avec celui des CLSC.

Précisons d'abord que tant les GMF que les CLSC sont *entièrement financés par des fonds publics*. Néanmoins, et bien que des réformes récentes tendent à faire converger

les deux modèles, certaines différences importantes demeurent quant à leur mode de financement, et notamment en ce qui concerne le mode de rémunération des médecins.

Dans les CLSC, la très grande majorité des médecins étaient au départ rémunéré·e·s par honoraires fixes (salaires)²⁸. Les médecins rémunéré·e·s de cette manière sont considéré·e·s non pas comme des travailleuses et travailleurs autonomes mais bien comme des salarié·e·s de l'État au même titre que les autres employé·e·s du secteur de la santé et des services sociaux²⁹. Historiquement, le choix de privilégier le salariat pour les médecins œuvrant dans les CLSC avait été favorisé par la Commission Castonguay-Nepveu parce qu'on jugeait la rémunération à l'acte incompatible avec le type de pratique qu'on espérait voir se développer dans ces nouveaux établissements, c'est-à-dire une approche globale, axée sur la prévention et organisée autour d'équipes de soins multidisciplinaires :

Une médecine globale centrée sur la prévention et la réadaptation et qui tient compte de l'aspect psychosocial de la maladie, le travail en équipe, des soins axés sur l'individu et sa famille seront difficiles, voire impossibles à réaliser, dans un système de rémunération à l'acte^a.

Cependant, depuis plusieurs années, la plupart des médecins pratiquant dans les établissements publics choisissent plutôt un mode de rémunération à tarif horaire (vacation)^b. Les médecins qui optent pour ce

a Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, *La santé : les ressources, Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, volume IV, tome 4, Québec, 1970, p. 232. Le salariat ne sera cependant jamais imposé aux médecins de CLSC, qui auront le choix d'opter pour d'autres modes de rémunération. Notons par ailleurs que dans son étude récente sur l'allocation des ressources dans le réseau sociosanitaire, l'IRIS parvient à des constats semblables à ceux de la Commission Castonguay-Nepveu concernant le paiement à l'acte : selon les auteur·e·s de cette étude, ce mode de rémunération est peu adapté au travail en équipe et aux interventions centrées sur la prévention et la promotion de la santé. De manière plus générale, l'étude conclut que le mode de rémunération à l'acte « n'est pas conçu pour favoriser les soins de première ligne ». Guillaume Hébert, Jennie-Laure Sully et Minh Nhuyen, *L'allocation des ressources pour la santé et les services sociaux au Québec : état de la situation et propositions alternatives*, IRIS, 2017, p. 56.

b Selon une étude produite par le Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO), le paiement par vacation représentait 16,4 % du total de la rémunération des médecins omnipraticien·ne·s en 2009 (contre 14,3 % en 2000), alors que le salariat représentait plutôt 4,4 % du total en 2009 (contre 6,4 % en 2000). Stéphanie Boulenger et Joanne Castonguay, « Portrait de la rémunération des médecins de 2000 à 2009 », *Série Scientifique*, 2012S-13, Montréal, CIRANO, 2012, p. 17. En 2013, selon les données de la RAMQ, seul·e·s 614 médecins étaient encore salarié·e·s, contre 6200 payé·e·s à tarif horaire. Voir Amélie Daoust-Boisvert, « Les omnibus en CLSC poussés à être plus productifs », *Le Devoir*, 14 avril 2016, en ligne.

type de rémunération sont payés à un taux horaire fixe (qui, comme pour le salariat, ne dépend pas du nombre de consultations ou d'actes médicaux effectués), mais elles et ils préservent un statut de travailleuses ou de travailleurs autonomes³⁰. Le mode de rémunération à honoraires fixes, qui était une particularité importante du modèle initial des CLSC, est officiellement aboli depuis le 1^{er} octobre 2011 et, à partir de cette date, « seuls les médecins omnipraticiens rémunérés antérieurement de cette façon peuvent continuer à l'être³¹ ».

De plus, depuis novembre 2015 (soit au moment de la mise en œuvre du nouveau cadre de gestion des GMF), les médecins des établissements publics sont fortement incité·e·s à recourir à une rémunération mixte, c'est-à-dire à introduire une composante « à l'acte » dans leur rémunération de base (à honoraires fixes ou à tarif horaire). La rémunération des médecins qui refusent d'adhérer à ce nouveau mode de rémunération est gelée à vie, contre 20 % de prime pour celles et ceux qui acceptent le nouveau mode de rémunération³². Justifiée par une volonté d'augmenter la « productivité » (quantitative) des médecins de CLSC, cette réforme a aussi pour conséquence claire de faire converger le modèle des CLSC vers celui des GMF.

En effet, les médecins en GMF sont pour la très grande majorité rémunérés à l'acte^c. Considéré·e·s comme des travailleuses et travailleurs autonomes, elles et ils sont payés « au volume », c'est-à-dire en fonction de la quantité des actes médicaux posés. Il est important de noter que ce mode de rémunération est « le plus lucratif » et que, pour les médecins rémunérés à l'acte, « il existe des différences non négligeables entre les honoraires des médecins qui pratiquent en cabinet privé et ceux des médecins qui pratiquent en établissement public³³ ».

En effet, les actes posés en cabinets privés sont mieux rémunérés que ceux posés en établissements publics. Cette différence est justifiée par le fait que dans les établissements publics, le gouvernement absorbe l'ensemble des frais administratifs, d'immobilisations, d'équipement ou de matériel médical, de personnel de soutien, etc. qui sont, dans les cliniques privées, assumés directement par les médecins à même leur rémunération. La portion supplémentaire accordée pour la rémunération à l'acte en cabinet privé vise à couvrir ces frais supplémentaires.

Or, une des particularités du modèle des GMF est qu'en échange du respect des exigences ministérielles mentionnées plus haut, le MSSS leur octroie un financement supplémentaire qui s'ajoute à la rémunération à l'acte

c Seul·e·s les médecins pratiquant dans un des rares GMF constitués de sites publics (nous y reviendrons) peuvent opter pour un autre mode de rémunération.

des médecins. Dans le nouveau cadre de gestion adopté en 2015-2016, ce financement supplémentaire inclut :

- une aide au démarrage du GMF (jusqu'à 5000 \$ non récurrents) ;
- l'aménagement du GMF, incluant une aide pour le réaménagement des locaux afin d'intégrer les ressources administratives et professionnelles octroyées (jusqu'à 40 000 \$ non récurrent) ;
- le fonctionnement du GMF, incluant l'embauche et la rémunération du personnel administratif, l'achat de mobilier, le coût de location des espaces requis, l'informatisation du GMF, etc. (entre 104 401 \$ par année pour un GMF de niveau 1 et 293 413 \$ pour un GMF de niveau 9) ;
- les services d'un pharmacien (entre 20 670 \$ par année pour un GMF de niveau 1 et 103 349 \$ pour un GMF de niveau 9).

À ces montants versés directement aux médecins du GMF, il faut ajouter le financement indirect que constitue l'octroi de ressources professionnelles, puisque celles-ci sont entièrement rémunérées par les fonds publics. Par exemple, le financement du personnel infirmier en équivalent temps plein représente 74 227 \$ pour un GMF de niveau 1 et 371 135 \$ pour un GMF de niveau 9³⁴.

Selon la Vérificatrice générale du Québec, le financement supplémentaire attribué aux GMF a totalisé 85,6 M\$ en 2013-2014, sans compter la rémunération des médecins³⁵. Avec le nouveau cadre de gestion et en incluant les salaires des ressources professionnelles supplémentaires qui seront désormais transférées des établissements publics vers les GMF, ceux-ci obtiendront en moyenne le double du financement par patient-e, avec pour résultat que « l'enveloppe globale de ressources consacrées aux GMF augmentera de 95 M\$ en 2014-2015 à environ 145 M\$ en 2016-2017³⁶ », soit une augmentation de près de 70 % en 3 ans.

PROPRIÉTÉ ET GESTION

Bien que les CLSC et les GMF soient entièrement financés par des fonds publics, ces deux entités se distinguent de manière importante par leur type de propriété et de gestion.

Les CLSC sont des *organismes publics*, ce qui signifie bien sûr que leur *gestion* est elle aussi *publique*. Historiquement, et il s'agit là d'une autre originalité du modèle des CLSC, leur gestion était aussi en bonne partie *démocratique* : au départ, les CLSC étaient des établissements autonomes dotés de leurs propres conseils d'administration (CA), dont la majorité des membres étaient élu-e-s par les employé-e-s et par les usagères et usagers. Notons qu'un seul siège du CA était réservé aux médecins pratiquant

dans l'établissement. Les CLSC avaient aussi une grande autonomie dans la détermination de leurs priorités, de leurs orientations et de leurs programmes, ce qui signifie que leurs CA élus avaient un pouvoir réel.

Depuis le début des années 2000, les CLSC ne sont plus des établissements autonomes. Au moment où sont implantés les premiers GMF, Philippe Couillard (alors ministre de la Santé et des Services sociaux) entreprend une réforme majeure du réseau sociosanitaire qui aboutira à la fusion des CLSC, des CHSLD et des centres hospitaliers au sein des centres de santé et de services sociaux (CSSS)³⁷. Si, désormais, les CLSC ne sont plus gérés par leur propre CA, les CA des nouveaux établissements publics que sont les CSSS restent relativement démocratiques, et ce, même après la réforme du modèle de gestion des établissements en 2011³⁸. La plus récente réforme du ministre Gaétan Barrette achèvera cependant d'éliminer les derniers vestiges de démocratie qui perduraient dans le réseau : suite à l'adoption du projet de loi 10 en 2015, les 95 CSSS sont fusionnés dans 27 méga-établissements – les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS)^a – dont tous les membres des conseils d'administration sont nommé-e-s et révocables par le ministre lui-même³⁹.

Malgré ces réformes majeures, il reste que les CLSC sont exploités par des établissements publics gérés publiquement : ce sont les conseils d'administration et le personnel de direction et d'encadrement des CI(U)SSS – et non les médecins – qui gèrent les fonds publics consacrés à ces établissements, et ce sont eux également qui prennent les décisions concernant leur fonctionnement et l'organisation du travail (avec certaines modifications récentes concernant l'organisation du travail sur lesquelles nous reviendrons dans la prochaine section).

Bien que les GMF soient eux aussi entièrement financés par des fonds publics, ils sont pour leur part, en très grande majorité, la *propriété privée* des médecins du groupe. En effet, en 2014, 69 % des 259 GMF que comptait alors le Québec étaient de type privé, et 23 % étaient des GMF mixtes. Autrement dit, moins de 10 % des GMF existants sont entièrement intégrés au réseau public⁴⁰. De plus, les GMF privés (et les sites privés des GMF mixtes) ne sont pas des organisations sans but lucratif. Un avis émis par la Direction principale des lois sur les taxes et l'administration fiscale et des affaires autochtones de Revenu Québec est très clair à ce sujet :

a Certains de ces Centres intégrés exploitent un centre hospitalier universitaire : ce sont les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Afin d'alléger la présentation, nous désignons désormais ces deux types d'établissements par le seul acronyme suivant : CI(U)SSS.

Les revenus générés par les services de santé rendus aux patients inscrits, lesquels services constituent l'objet du contrat d'association, sont conservés par les médecins membres. Ces revenus ne sont nullement mis en commun au sein du GMF dans le but de servir à couvrir les frais nécessaires à la réalisation des services de santé. Par conséquent, nous sommes d'avis que l'Association est un prolongement des activités de ses médecins membres et qu'elle est exploitée de façon à leur procurer un profit^a.

La plupart des GMF sont donc gérés de manière privée par les médecins propriétaires de ces organismes : ce sont les médecins qui gèrent eux-mêmes les fonds publics qui leur sont octroyés. Et jusqu'à maintenant, cette gestion privée de fonds publics importants se faisait pratiquement sans aucune supervision du ministère (nous y reviendrons). La gestion privée des GMF signifie aussi que les décisions concernant le fonctionnement et l'organisation du travail sont la prérogative des seuls médecins du GMF, sans droit de regard des autres professionnels ou employé-e-s de la clinique, ni des usagers et usagers des services.

Les GMF ne sont d'ailleurs pas gérés par un CA. Jusqu'à la révision du cadre de gestion en 2015-2016, les médecins voulant se regrouper pour former un GMF devaient obligatoirement signer un « contrat d'association » dans lequel elles et ils « se donn[ai]ent réciproquement le pouvoir de gérer les affaires de l'association^a ». Avec le nouveau cadre de gestion, un tel contrat n'est plus exigé par le ministère : seule la désignation d'un médecin responsable du GMF est nécessaire. Autrement dit, l'organisation interne de la gestion des GMF est désormais laissée à l'entière discrétion des médecins du groupe.

En théorie, le pouvoir des médecins dans la gestion de « leur » GMF est bien sûr limité par les contraintes imposées par le ministère. Par exemple, les GMF sont tenus de respecter les exigences ministérielles concernant les heures d'ouverture minimales, et le nouveau cadre de gestion précise désormais que le GMF doit « utiliser le financement qui lui est accordé aux seules fins prévues au Programme^{a2} ». Or, l'expérience des dernières années démontre clairement que le ministère a finalement très peu de contrôle sur les GMF et sur la manière dont les fonds publics qui y sont investis sont utilisés.

a Voir le modèle de contrat d'association annexé au guide d'accompagnement du Groupe de soutien à l'implantation des groupes de médecine de famille, *op. cit.*, annexe I. Le modèle de contrat prévoit également que les médecins du groupe doivent, lors d'une assemblée annuelle (composée des seuls médecins du GMF), désigner trois administratrices et administrateurs, révocables en tout temps : une présidente, un secrétaire-trésorier et un médecin responsable des activités clinico-administratives.

À cet égard, le rapport publié en 2015 par la Vérificatrice générale est accablant : en 2014, au moins 43 % des GMF recevaient un niveau de financement supérieur au nombre de patient-e-s inscrit-e-s, et au moins 39 % des GMF n'offraient pas eux-mêmes les heures d'ouverture requises tout en continuant à recevoir la totalité du financement^b. De plus, le rapport dénonce l'absence de contrôle non seulement sur le plan du respect des critères établis par le ministère^c, mais aussi sur celui de l'utilisation des fonds publics octroyés aux GMF : « Aucune des agences^d vérifiées n'a demandé l'accès aux livres ni aux registres comptables se rapportant à l'administration de l'aide technique et financière des GMF, alors que cela est prévu dans les ententes⁴³. »

Avec son nouveau cadre de gestion, le ministère tente manifestement de répondre aux critiques de la Vérificatrice générale et de resserrer son contrôle sur les GMF, notamment par l'émission de directives claires quant aux sanctions prévues en cas de non-respect des exigences ministérielles, ainsi que par l'adoption d'une procédure de révision annuelle systématique de l'ensemble des GMF par le ministère lui-même⁴⁴. Toutefois, dans un contexte où des centaines de postes de cadres ont récemment été abolis au sein du réseau sociosanitaire^e, on peut douter des résultats de ces nouvelles mesures de contrôle, même si leur efficacité reste à être évaluée.

b Plus précisément, la Vérificatrice générale dénonçait le fait que des GMF puissent continuer de recevoir l'ensemble de leur financement lorsqu'ils prennent des ententes avec d'autres établissements afin que ceux-ci dispensent à leur place une partie des heures d'ouverture prévues : Vérificateur général du Québec, *op. cit.*, p. 31. Avec le nouveau cadre de gestion, cette pratique est désormais reconnue et officiellement légitimée par le ministère pour les GMF de niveau 1 à 4 : MSSS, *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF)*, juillet 2016, p. 13-14. Or, les GMF de niveau 1 à 4 représentent 72 % des GMF : Amélie Daoust-Boisvert, « Les GMF recevront deux fois plus par patient », *Le Devoir*, 14 mai 2016, en ligne.

c Par exemple : « Les agences vérifiées ne font pas de visites de contrôle dans les GMF et les cliniques-réseau afin de s'assurer du respect des conditions relatives à l'offre de services. Toutes les agences vérifiées font un suivi ponctuel des heures d'ouverture ; elles se basent soit sur l'information fournie par les cliniques médicales, soit sur les données présentes dans le Répertoire des ressources [qui n'est pas fiable]. » Vérificateur général du Québec, *op. cit.*, p. 33.

d On parle ici des anciennes Agences régionales de la santé et des services sociaux abolies en 2015 par la loi 10.

e Rappelons que l'abolition des Agences de la santé et des services sociaux et la fusion des CSSS dans la foulée de la loi 10 avaient notamment pour objectif l'élimination de 1300 postes de cadres supérieurs et intermédiaires au sein du réseau. David Gentile, « Québec a presque atteint son objectif d'éliminer 1300 cadres dans le réseau de la santé », *ICI Radio-Canada*, en ligne.

ORGANISATION DU TRAVAIL

Enfin, comme nous le verrons maintenant, le type de gestion des CLSC et des GMF a aussi un impact sur l'organisation du travail et sur le type de relations interprofessionnelles susceptibles de s'y développer.

On l'a vu, une des grandes originalités du modèle des CLSC était d'intégrer au sein d'un même établissement des services de santé et des services sociaux de première ligne ainsi que des services d'action communautaire. Dès le départ, le modèle des CLSC a donc aussi impliqué de réunir dans une même équipe de travail diverses professionnelles et professionnels issus de ces trois domaines (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, organisatrices communautaires, psychologues, etc.). Au cœur du modèle des CLSC se trouve ainsi le travail en équipes multidisciplinaires visant à favoriser la prise en charge la plus complète, continue et cohérente possible des personnes et des familles par une même équipe de soins (approche globale). La Commission Castonguay-Nepveu était d'ailleurs très claire sur le fait que le travail d'équipe devait dans les CLSC dépasser la simple pratique en groupe :

le CLS^a doit être une véritable équipe de la santé et non pas un groupe de professionnels qui ont leurs cabinets sous un même toit et partagent simplement certains services administratifs et utilisent les mêmes installations. La notion d'équipe implique un groupe de professionnels de la santé (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, dentistes, pharmaciens, psychologues, et autres) interdépendants par leurs connaissances, leur expérience et les types de soins à donner à l'individu et à la population. L'organisation du travail en équipe suppose de plus une délégation des responsabilités et un partage des tâches, de sorte que chaque membre de l'équipe fournisse un rendement maximum et que le malade reçoive des soins intégrés et complets⁴⁵.

De plus, grâce à leur modèle de gestion démocratique et participatif, qui s'incarnait au départ sur une base locale et qui était à l'origine faiblement bureaucratisé, les CLSC favorisaient le développement d'une organisation du travail relativement peu hiérarchisée et plutôt horizontale. Notamment, les infirmières ont généralement joui, dans les CLSC, d'une autonomie professionnelle considérable vis-à-vis des médecins⁴⁶. Jusqu'à tout récemment, les médecins n'avaient d'ailleurs aucune autorité formellement reconnue sur les autres professionnel-le-s au sein des CLSC.

Cependant, une entente conclue en 2016 entre la FMOQ et le MSSS introduit des modifications importantes à cet égard qui tendent à rapprocher (à ce niveau également) les CLSC des GMF. Ainsi, cette entente formalise le

a Les « centres locaux de santé » (CLS) imaginés par la Commission deviendront les CLSC fondés en 1971.

principe d'une « cogestion » entre les médecins et les cadres intermédiaires dans les CLSC : désormais, on reconnaît officiellement une « autorité fonctionnelle » aux médecins des CLSC sur les autres professionnel-le-s de la santé (infirmières et autres) qui y pratiquent ainsi que sur le personnel de soutien administratif⁴⁷. Soulignons néanmoins que les professionnel-le-s des services sociaux préservent dans les CLSC leur entière autonomie professionnelle vis-à-vis des médecins et qu'elles et ils n'ont de comptes à rendre qu'à leurs supérieur-e-s hiérarchiques et à leur ordre professionnel.

Dans les GMF, c'est la pratique médicale de groupe davantage que le travail en équipes multidisciplinaires qui est au cœur du modèle imaginé par la Commission Clair. L'objectif est ici avant tout une meilleure accessibilité aux soins médicaux de première ligne, la pratique en groupe permettant aux médecins de se partager le suivi des patient-e-s inscrit-e-s et d'offrir des heures d'ouverture étendues. Néanmoins, le modèle prévoyait aussi, dès ses premières formulations, l'intégration d'infirmières cliniciennes ou praticiennes ainsi que le développement de contrats de services pour permettre aux GMF d'avoir accès aux ressources professionnelles des CLSC⁴⁸.

Dans les années qui suivront, le ministère tentera d'encourager le développement au sein des GMF d'une collaboration interprofessionnelle qui, en théorie du moins, rejoint sous plusieurs aspects les pratiques de travail en équipe mises de l'avant dans les CLSC⁴⁹. Cependant, il n'est pas clair si la collaboration interprofessionnelle dont il est question ici réfère à une collaboration interdisciplinaire ou à une collaboration entre médecins seulement. Quoiqu'il en soit, dans les faits, l'aspect « multidisciplinaire » des GMF s'est jusqu'à maintenant très peu développé : en 2014, seulement 26 % des GMF atteignaient les objectifs du ministère en matière d'intégration de « ressources professionnelles supplémentaires »⁵⁰, pour l'essentiel des infirmières⁵¹.

Un des objectifs du nouveau cadre de gestion des GMF adopté en 2015-2016 est d'ailleurs de contraindre les GMF à intégrer des ressources professionnelles supplémentaires, y compris des ressources psychosociales, et de contraindre les CI(U)SSS à transférer ces ressources vers les GxMF^b. Cependant, les modalités d'intégration du personnel transféré, qui sont les mêmes qu'auparavant, sont peu susceptibles de favoriser le travail en

b Comme on l'a vu plus haut, il s'agit désormais d'un des critères obligatoires pour être reconnu comme GMF. Ne pas intégrer les ressources professionnelles prévues dans les délais prescrits est désormais considéré comme un « manquement de 3^e niveau », qui implique le retrait de 100 % du financement annuel. Un tel manquement pour deux années consécutives entraîne le retrait de la reconnaissance du GMF. MSSS, Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF), 2016, op. cit., p. 20-21.

Tableau 1

Comparaison entre le modèle des CLSC et celui des GMF

	CLSC	GMF
	Services de santé et services sociaux courants (Action communautaire)	Axée sur l'accessibilité accrue aux services médicaux courants
	Services curatifs, prévention de la maladie et santé publique (promotion de la santé)	Essentiellement médicale et curative
Mission	Responsabilité populationnelle	Responsabilité limitée aux patient·e·s inscrit·e·s
	Entièrement public	Entièrement public
	Rémunération mixte = horaire + à l'acte (Rémunération à honoraires fixes = salariat)	Rémunération à l'acte Financement supplémentaire : démarrage; réaménagement; fonctionnement; pharmacien·ne
Financement	(Tarif horaire = vacation)	Financement indirect : ressources professionnelles
	Propriété publique	Propriété privée (69 %), mixte (23 %) ou publique (< 10 %)
	Gestion publique = CA (Gestion démocratique et autonome)	Sites privés ne sont pas des OBNL Gestion privée = Médecin responsable (Contrat d'association entre médecins)
Propriété et gestion	Gestion des fonds publics, décisions sur le fonctionnement et l'organisation du travail = CA, direction et personnel d'encadrement des CI(U)SSS	Organisation de la gestion interne à l'entière discrétion des médecins (limitée en théorie par les exigences ministérielles)
	Travail en équipes multidisciplinaires (Organisation du travail peu hiérarchisée)	Pratique médicale de groupe + collaboration interprofessionnelle = interdisciplinarité?
	(Aucune autorité formellement reconnue aux médecins sur les autres professionnel·le·s)	Rapports d'autorité entre les médecins et les autres professionnel·le·s
	2016 : « Cogestion » entre cadres intermédiaires et médecins = autorité fonctionnelle des médecins sur le personnel de soutien administratif et les professionnel·le·s de la santé	Autorité fonctionnelle et hiérarchique des médecins sur le personnel de soutien administratif
Organisation du travail	Professionnel·le·s des services sociaux préservent leur autonomie	Autorité fonctionnelle des médecins sur l'ensemble des ressources professionnelles, y compris les ressources psychosociales

NOTE Les parenthèses indiquent des éléments du modèle qui ont été remis en question ou qui ne s'appliquent plus.

équipe et l'interdisciplinarité, qui requièrent une certaine horizontalité dans l'organisation du travail. Ces modalités formalisent au contraire des *rapports d'autorité entre les médecins et les autres professionnel·le·s* qui, dans les GMF, leur sont subordonné·e·s.

En effet, les ressources transférées, y compris les ressources psychosociales, sont officiellement placées sous « l'autorité fonctionnelle » de l'équipe médicale du GMF, ce qui

signifie que celle-ci est « responsable de l'organisation du travail et des activités cliniques au quotidien⁵² ». Des inquiétudes sérieuses ont d'ailleurs été exprimées à l'égard du transfert de nouvelles ressources professionnelles des CLSC vers les GMF, notamment en ce qui concerne le respect de l'autonomie professionnelle du personnel transféré⁵³.

Selon la Vérificatrice générale, bien que ces ressources soient rémunérées par les CI(U)SSS et que ceux-ci soient considérés comme les « supérieurs hiérarchiques » du personnel transféré, les établissements publics ont jusqu'à maintenant eu très peu de contrôle sur les activités des employé·e·s qu'ils « prêtent » aux GMF, et rien n'assure que ces transferts favorisent le développement de pratiques interdisciplinaires au sein des GMF :

les établissements ne disposent d'aucune donnée quantitative fiable sur les activités réalisées par le personnel clinique qu'ils paient (sauf le personnel qui travaille dans un GMF d'un établissement). La seule information disponible est le nombre d'heures travaillées, et ce, même si les établissements sont les supérieurs hiérarchiques. [...] De plus, comme l'autorité fonctionnelle est exercée par les équipes médicales des GMF, les CSSS vérifiés peuvent rarement faire en sorte que l'interdisciplinarité soit optimisée dans les cliniques subventionnées^a.

Impacts potentiels des réformes de la première ligne

Voyons maintenant quels impacts peuvent être attendus du transfert de ressources des CLSC vers les GMF et, plus largement, du virage vers une première ligne centrée sur les GMF.

La comparaison entre le modèle des CLSC et celui des GMF présentée dans la section précédente nous permet d'abord de constater que le transfert de ressources des CLSC vers les GMF décidé en 2015 *représente une forme de privatisation*. Des ressources professionnelles du secteur public, financées et gérées publiquement, sont transférées et mises sous l'autorité d'organisations privées, à but lucratif et gérées de manière privée par les médecins propriétaires de ces organisations.

Au-delà de cet enjeu se pose la question des impacts potentiels du transfert de ressources et, plus largement, des réformes des services sociosanitaires de première ligne entamées depuis le début des années 2000. Bien que ces réformes soient récentes, il est possible

d'entrevoir certaines de leurs conséquences à partir des caractéristiques des deux modèles identifiées plus haut, ainsi que sur la base des performances passées des GMF qui, rappelons-le, existent maintenant depuis une quinzaine d'années.

ACCESSIBILITÉ

On l'a vu, l'objectif central ayant présidé à la création des GMF était de favoriser une plus grande accessibilité aux soins médicaux de première ligne. Rappelons qu'il s'agissait d'offrir une solution alternative aux CLSC qui, boudés par les médecins et faute de l'appui du ministère, ne parviendront jamais à devenir la porte d'entrée principale du réseau sanitaire. Si, pour ces raisons, les CLSC ont été un « échec » à cet égard, les GMF sont pour leur part très loin d'avoir rempli leurs promesses en matière d'accès aux services médicaux de première ligne, et ce, malgré l'appui du ministère et un financement important. Comme on l'a déjà mentionné, une proportion importante de GMF ne respectait pas, jusqu'à maintenant, les principales exigences du ministère visant justement à favoriser l'accessibilité de la population à un médecin de famille, à savoir le nombre de patient·e·s inscrit·e·s et les heures minimales d'ouverture.

Or, les GMF peinent également à atteindre les cibles du ministère en ce qui concerne le taux d'assiduité, qui renvoie aussi à l'accessibilité aux services : en 2014, les deux tiers des GMF n'atteignaient pas la cible de 80 %, et un GMF sur cinq se trouvait sous la barre des 70 %⁵⁴. Si on tient compte des trois critères d'accessibilité retenus par le ministère, on constate que seuls 17 % des GMF avaient alors le nombre requis d'inscriptions, offraient eux-mêmes la totalité des heures d'ouverture requises et avaient un taux d'assiduité de 80 % ou plus⁵⁵. Et bien que les dernières données disponibles, qui datent de septembre 2016, indiquent une amélioration de la performance des GMF en ce qui concerne le taux d'assiduité, près du tiers des GMF (31 %) n'atteint toujours pas la cible de 80 %, et ce, malgré les nouvelles mesures contraignantes imposées par le ministère dans le cadre de gestion 2015-2016⁵⁶.

Cette piètre performance des GMF au niveau du respect des exigences du ministère se traduit concrètement par le fait que l'existence de ces organismes n'a pas, jusqu'à maintenant, favorisé un meilleur accès aux médecins de famille, comme l'indique un rapport du CIRANO :

La création des GMF ne semble pas s'être traduite en un accès accru aux médecins de famille, comme c'était son intention initiale. En effet, depuis l'implantation des GMF en 2003, le pourcentage de personnes ayant un médecin de famille régulier au Québec a diminué de 3 %, de 75,5 % en 2003 à 73,2 % en 2009⁵⁷.

a Vérificateur général du Québec, *op. cit.*, p. 29. La Vérificatrice générale indique également que pour la même raison, les guides produits et diffusés par le ministère pour préciser les rôles des ressources professionnelles transférées ne sont pas nécessairement respectés par les médecins des GMF : « les GMF étant les supérieurs fonctionnels des infirmières, ils n'ont pas l'obligation de suivre ces guides puisque leur contenu ne figure pas dans les ententes. Il en est de même pour les professionnels autres que les infirmières ; les agences n'ont pas ajouté dans les ententes les rôles qu'elles attendent de ceux-ci, alors que des sommes supplémentaires sont allouées pour eux. » Vérificateur général du Québec, *op. cit.*, p. 28.

Cinq ans plus tard, cette diminution de l'accès aux médecins de famille était encore plus marquée puisque les données de la Vérificatrice générale indiquent que ce pourcentage est tombé à 63,8 % en 2014^a. De plus, seulement 41,4 % de la population était inscrite auprès d'un médecin pratiquant au sein d'un GMF en 2014^b. Pire encore, la transformation de cliniques en GMF a directement signifié, dans plusieurs cas, des ruptures de services : « la création des GMF a fait en sorte qu'il y a une restriction de l'accès aux services de la clinique pour les personnes non inscrites, services qui leur étaient accessibles auparavant⁵⁹ ».

Dans ce contexte, rien n'indique que l'approfondissement du virage vers les GMF favorisera une meilleure accessibilité aux services de première ligne pour la population, au contraire. En fait, en ce qui concerne plus particulièrement le transfert des ressources sociales des CLSC vers les GMF, on peut craindre ici aussi des ruptures de services, notamment au niveau des services sociaux. Rappelons que les CI(U)SSS ont une responsabilité populationnelle qui les oblige à offrir leurs services à l'ensemble de la population de leur territoire, ce qui n'est pas le cas des GMF. Et si les GMF sont incités à prendre en charge des personnes vulnérables, ils n'ont aucune obligation à cet égard, contrairement aux CI(U)SSS^b.

Considérant que seules les personnes inscrites aux GMF ont accès à leurs services, le transfert de ressources pourrait donc signifier une rupture de services pour les personnes qui n'ont pas accès à un médecin de GMF (ce qui, comme on l'a vu, est le cas de près de 60 % de la population). Concrètement, on peut s'interroger sur ce qu'il advient des personnes qui étaient auparavant suivies dans un CLSC par les professionnel·le·s transféré·e·s

dans les GMF. Bien que certains CI(U)SSS tentent de prendre des ententes avec les médecins de GMF pour éviter les ruptures de services^c, la FMOQ s'est clairement prononcée contre toute obligation, pour les médecins de GMF, de prendre en charge les personnes suivies par les professionnel·le·s transféré·e·s^d. Le ministère prévoit quant à lui que ces personnes doivent simplement être redirigées vers les ressources des CLSC qui n'ont pas été transférées, lorsque les GMF refusent de les inscrire⁶⁰.

MÉDICALISATION DU SOCIAL ET PERTE DE POUVOIR CITOYEN

Le virage vers une première ligne centrée sur les GMF – et plus particulièrement le transfert de ressources sociales des CLSC vers les GMF – pourrait aussi avoir comme impact d'accentuer une tendance, déjà bien présente, à la médicalisation des problèmes sociaux⁶¹. On l'a vu, alors que les CLSC avaient historiquement une mission sanitaire, sociale et communautaire axée sur la prévention des maladies et la promotion de la santé, les GMF ont une mission essentiellement médicale et curative.

Autrement dit, alors que les premiers avaient pour vocation d'agir en amont – notamment par le biais de l'action communautaire – sur les causes sociales de la maladie, les seconds ne peuvent offrir que des solutions médicales, curatives et pharmacologiques souvent coûteuses à des problèmes sociosanitaires dont les causes profondes se trouvent en bonne partie dans les conditions de vie et l'environnement social.

a Vérificateur général, *op. cit.*, p. 13. Au 30 septembre 2016, le pourcentage des personnes inscrites auprès d'un.e médecin de famille est remonté à 73,03 % (voir en ligne les « Données sur l'accès aux services de première ligne », Santé et Services sociaux Québec, *op. cit.*), soit sous le niveau de 2009 et encore loin de l'objectif du ministère, qui est d'atteindre 85 % au 31 décembre 2017. Il fait peu de doute que cette amélioration est due principalement aux négociations entre le ministère et la FMOQ qui ont suivi le dépôt du projet de loi 20. Ce projet de loi visait notamment à forcer les médecins de famille à prendre en charge davantage de patient·e·s sous peine de sanctions financières considérables. Il a été adopté en novembre 2015, mais en vertu de l'entente conclue entre la FMOQ et le ministère, ses articles les plus litigieux sont suspendus jusqu'au 31 décembre 2017 ; ils s'appliqueront à partir de cette date si les médecins de famille n'ont pas atteint les cibles. Québec, *Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée*, L.Q. chapitre 25, 2015.

b Les GMF ne se distinguent d'ailleurs pas particulièrement non plus au niveau de la prise en charge des personnes vulnérables : selon la Vérificatrice générale, « la proportion de patients vulnérables suivis dans les GMF était [en 2014] de 40,2 % [...] alors qu'elle était de 45,4 % [...] dans les cliniques médicales non GMF. » Vérificateur général du Québec, *op. cit.*, p. 17.

c Voir par exemple le CISSS Montérégie-Centre, qui tente de répondre aux inquiétudes exprimées à ce sujet par les professionnel·le·s du centre. « Intégration des professionnels en GMF, Questions et réponses », CISSS Montérégie-Centre, santemc.quebec/centre/?page_id=2427, consulté le 17 janvier 2017.

d « La FMOQ a été informée que certains CISSS/CIUSSS, lors de rencontres d'information portant sur la sélection et l'intégration des nouveaux professionnels en GMF, laisseraient entendre aux médecins responsables [...] que les clientèles déjà suivies par ces professionnels à l'intérieur des CISSS seraient transférées au GMF et nécessairement prises en charge par les médecins. [...] En ce qui concerne le transfert obligatoire des clientèles déjà suivies par les professionnels intégrant les GMF, la Fédération rappelle à ses membres qu'il ne peut y avoir de coercition à cet égard. Encore ici, la Fédération demande à ses membres de lui signaler toute situation qui irait à l'encontre de ce principe. » « Avis important concernant le nouveau programme GMF », FMOQ, 19 février 2016, www.fmoq.org/pratique/organisation-de-la-pratique/gmf/avis-important-concernant-le-nouveau-programme-gmf/.

Or, le transfert de ressources sociales vers les GMF ne signifie pas que ceux-ci font un « virage social ». Les conditions dans lesquelles est réalisé ce transfert impliquent au contraire une subordination accrue du social au médical. Nous avons vu en effet que, dans les GMF, les professionnel-le-s des services sociaux sont placé-e-s sous l'autorité des médecins, ce qui n'est pas le cas dans les CLSC. On peut s'attendre également à ce que l'accès aux services sociaux dans les GMF passe d'abord par les médecins, alors que les personnes ont un accès direct à ces services dans les CLSC^a.

Enfin, le virage vers les GMF et, plus globalement, l'ensemble des réformes récentes du secteur de la santé et des services sociaux représentent aussi une perte de pouvoir citoyen considérable. Cette perte de pouvoir se manifeste bien sûr dans la privatisation des services que constitue le transfert de ressources des CLSC vers les GMF : on passe alors d'une gestion publique à une gestion privée sur laquelle les citoyennes et citoyens usagers des services n'ont aucun droit de regard.

Toutefois, la perte de pouvoir des communautés sur leurs établissements sociosanitaires se manifeste également au sein du réseau public lui-même. Avec la loi 10, qui fait suite à un long processus d'effritement et de remise en question, ce sont les derniers vestiges de démocratie qui subsistaient encore dans le réseau qui sont éliminés.

Conclusion : renverser la vapeur

Devant les constats faits ici, il apparaît urgent de renverser la vapeur et de revenir à un réseau sociosanitaire public, décentralisé et tourné vers les besoins des personnes et des communautés plutôt que vers les intérêts des médecins. Il apparaît également essentiel de revenir à des services de première ligne organisés autour de petits établissements de proximité enracinés dans leur communauté locale. Dans cette optique, nous réitérons ici les propositions faites

^a Soulignons que dans la mesure où les consultations auprès des professionnel-le-s des services sociaux se feront suite à une requête des médecins du GMF, il en découlera automatiquement des coûts additionnels pour le trésor public puisque les médecins pourront être rémunéré-e-s pour ces « actes médicaux » supplémentaires. Un document de travail produit par les trois CISSS de la Montérégie indique que la travailleuse ou le travailleur social « peut intervenir avec ou sans requête médicale » et qu'elle ou il doit « accueillir et prioriser des demandes des patients référés par les médecins et l'équipe interdisciplinaire ou les patients inscrits au GMF qui font une demande de service ». Les passages qui sont ici en italique sont toutefois surlignés en jaune dans le texte, suggérant qu'ils sont sujets à discussion. CISSS Montérégie Centre/Ouest/Est, *Offre de service, Intégration des travailleurs sociaux dans les groupes de médecine de famille pour les territoires des CISSS de la Montérégie*, Document de travail, 4 mai 2016, santemc.quebec/santemc/centre/wp-content/uploads/2016/06/Offre-de-service_TS-GMF_2016-05-04.pdf.

récemment par l'IRIS concernant les CLSC et les GMF⁶², et nous recommandons les mesures suivantes :

- Redonner leur autonomie aux CLSC, c'est-à-dire en faire des établissements dotés de leurs propres conseils d'administration et de pouvoirs réels dans la définition de leurs orientations et programmes.
- Confier aux CLSC des responsabilités en matière de budgétisation des ressources financières sur leur territoire.
- Financer les CLSC à la hauteur de leur mission.
- Démocratiser les CLSC en assurant une représentation sur leur conseil d'administration à la communauté locale et en développant toutes initiatives permettant à la population de définir elle-même ses besoins en matière de santé et de services sociaux.
- Assujettir les GMF aux CLSC : revoir les conventions qui lient les GMF au réseau public afin que les ressources octroyées par les CLSC le soient en fonction des priorités que ces derniers établissent pour leur territoire sur la base des besoins sociosanitaires déterminés par les communautés locales.
- Afin d'éviter les ruptures de services et le « ballottage » des personnes vulnérables, revoir le processus de transfert de ressources afin que les personnes desservies par les professionnel-le-s transféré-e-s continuent de l'être au sein du GMF qui intègre ces professionnel-le-s, et ce, même si ces personnes ne sont pas inscrites au GMF.
- Mettre en place un conseil d'administration dans chacun des GMF où l'ensemble des travailleuses et travailleurs seront représenté-e-s comme des pairs, afin de favoriser le développement de pratiques de travail en équipe. Assurer également une représentation sur le conseil d'administration des personnes inscrites au GMF.
- Valoriser, tant au niveau des CLSC que des GMF, une approche globale et préventive de la santé qui insiste sur les causes socioéconomiques de la maladie plutôt que de concevoir la santé et la maladie dans une perspective strictement biomédicale, individualiste et technique.

Notes de fin de document

- 1 COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, *Les solutions émergentes : rapport et recommandations*, Québec, 2000.
- 2 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), *Cadre de gestion : groupe de médecine de famille (GMF) : groupe de médecine de famille-Réseau (GMF-R)*, juillet 2015, www.msss.gouv.qc.ca/ministere/acces_info/documents/demandes_acces/2015-2016/2015-2016-285-Document.pdf; MSSS, *Programme de financement et de soutien*

- professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF), novembre 2015, publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-920-12W.pdf; MSSS, Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF), juillet 2016, publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-920-12W.pdf.
- 3 MSSS, Attribution de travailleurs sociaux et autres ressources professionnelles supplémentaires en groupes de médecine de famille (GMF), Circulaire 2015-024, novembre 2015, [msss4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/3f4763bf7e3c23a78525660fo0727c27/6e298cc-8108c11fd85257f010059e0b9/\\$FILE/2015-024.pdf](http://msss4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/3f4763bf7e3c23a78525660fo0727c27/6e298cc-8108c11fd85257f010059e0b9/$FILE/2015-024.pdf); MSSS, Fiche explicative : Programme de financement et de soutien professionnel pour les Groupes de médecine de famille : Intégration des travailleurs sociaux et d'autres professionnels en GMF, août 2016, publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-920-13W_integration_travailleurs_sociaux.pdf; MSSS, Guides d'intégration des professionnels en GMF, septembre 2016, publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-920-03W_Fiches_GMF_Tr_Social.pdf.
 - 4 AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, Trousse d'information : Groupes de médecine de famille et cliniques-réseau, [s. d.], p. 11-12.
 - 5 MSSS, Fiche explicative : Programme de financement et de soutien professionnel pour les Groupes de médecine de famille : Financement GMF, juillet 2016, p. 2, publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-920-17W_financement_gmf.pdf.
 - 6 Jessica NADEAU, « Québec atrophie les CLSC », *Le Devoir*, 3 mars 2016, en ligne.
 - 7 QUÉBEC, Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, L.Q., chapitre 1, 2015.
 - 8 Guillaume HÉBERT, Jennie-Laure SULLY et Minh NGUYEN, L'allocation des ressources pour la santé et les services sociaux au Québec : état de la situation et propositions alternatives, IRIS, en ligne. Voir en particulier p. 28-30.
 - 9 *Ibid.*, p. 65-66.
 - 10 QUÉBEC, Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.Q., chapitre 48, 1971.
 - 11 COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL, Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Québec, 1967-1972.
 - 12 Voir le mémoire conjoint soumis par trois des principales centrales syndicales du Québec à la Commission Castonguay-Nepveu en 1966 : CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS NATIONAUX, FÉDÉRATION DES TRAVAILLEURS DU QUÉBEC ET UNION CATHOLIQUE DES CULTIVATEURS, Un mémoire sur l'assurance-maladie, Mémoire présenté au Comité conjoint sur l'assurance-maladie de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Québec, Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1966.
 - 13 Pour une comparaison des deux modèles, voir : Anne PLOURDE, « La santé communautaire à la lumière du modèle de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles », dans V. DESGROSEILLIERS, N. VONARX, A. GUICHARD ET B. ROY (dir.), *La santé communautaire en 4 actes : repères, acteurs démarches et défis*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2016, p. 24-28.
 - 14 COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL, *La santé : la situation actuelle, Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, volume IV, tome 1, Québec, 1970, p. 99.
 - 15 FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC (FMOQ), *Le médecin du Québec*, vol. 49, no 4, avril 2014, p. 16.
 - 16 Sur la remise en question rapide du modèle, voir notamment : Frédéric LESEMANN, « La prise en charge communautaire de la santé au Québec », *Revue internationale d'action communautaire*, vol. 41, no 1, 1979, p. 5-15; Gérard DESROSIERS, « Le système de santé au Québec bilan historique et perspective d'avenir : conférence inaugurale du 51^e congrès de l'Institut d'histoire de L'Amérique française, octobre 1998 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 53, no 1, 1999, p. 14; Gérard DESROSIERS et Benoît GAUMER, « L'histoire des CLSC au Québec : reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du Réseau », *Ruptures*, vol. 10, no 1, 2004, p. 52-70.
 - 17 Luciano BOZZINI, « Local Community Services Centers (CLSCs) in Quebec : Description, Evaluation, Perspectives » *Journal of Public Health Policy*, vol. 9, no 3, 1988, p. 351.
 - 18 COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, *op. cit.*
 - 19 *Ibid.*, p. 44.
 - 20 MSSS, Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF), juillet 2016, *op. cit.*
 - 21 COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, *op. cit.* p. 52.
 - 22 *Ibid.*, p. 52-53.
 - 23 AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, *op. cit.*, p. 4.
 - 24 « Établissements de santé et de services sociaux », *Santé et Services sociaux Québec*, www.msss.gouv.qc.ca/reseau/etablissements.php, consulté le 24 janvier 2017.
 - 25 *Ibid.*
 - 26 MSSS, Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF), juillet 2016, *op. cit.*, p. 3. C'est nous qui soulignons.
 - 27 GROUPE DE SOUTIEN À L'IMPLANTATION DES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE, *Devenir un GMF : guide d'accompagnement*, Québec, MSSS, janvier 2006, p. 30. Voir également l'annexe E de ce guide.
 - 28 Jean-Denis BÉRUBÉ, « Une rémunération souple et appropriée », *Association des médecins de CLSC*, www.amclscq.org/index.php/avantages/remuneration#souple, consulté le 13 janvier 2017.
 - 29 ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE, « Les modes de rémunération », *Guide des résidents*, 2015, p. 11.
 - 30 *Ibid.*, p. 10.
 - 31 *Ibid.*, p. 11.
 - 32 Amélie DAOUST-BOISVERT, « Les omnis en CLSC poussés à être plus productifs », *Le Devoir*, 14 avril 2016.
 - 33 ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE, *op. cit.*, p. 9.
 - 34 MSSS, Fiche explicative : Programme de financement et de soutien professionnel pour les Groupes de médecine de famille : Financement GMF, *op. cit.*
 - 35 VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, « Groupe de médecine de famille et cliniques-réseau », *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016 : vérification de l'optimisation des ressources*, chapitre 5, printemps 2015, p. 8.
 - 36 Amélie DAOUST-BOISVERT, « Les GMF recevront deux fois plus par patient », *Le Devoir*, 14 mai 2016.

- 37 QUÉBEC, *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, L.Q., chapitre 21, 2003; QUÉBEC, *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, L.Q., chapitre 32, 2005.38 QUÉBEC, *Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux*, L.Q., chapitre 15, 2011.
- 39 QUÉBEC, *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, L.Q., chapitre 1, 2015.
- 40 Chiffres compilés à partir des données de : DIRECTION DE L'ORGANISATION DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE INTÉGRÉS, *Portrait des GMF au Québec par CSSS*, 2014, www.msss.gouv.qc.ca/ministere/acces_info/documents/demandes_acces/2015-2016/2015-2016-384-Document.pdf.
- 41 Direction principale des lois sur les taxes et l'administration fiscale et des affaires autochtones, Revenu Québec, www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=16&file=12_014302_001.pdf.
- 42 MSSS, *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF)*, juillet 2016, op. cit., p. 16.
- 43 *Ibid.*, p. 34.
- 44 MSSS, *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF)*, juillet 2016, op. cit., p. 17-21. Voir également : MSSS, *Fiche explicative : Programme de financement et de soutien professionnel pour les Groupes de médecine de famille : Révision annuelle dans le cadre du Programme de financement et de soutien professionnel pour les Groupes de médecine de famille*, juillet 2016, publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-920-11W_Fiche_explicative_revision_annuelle.pdf.
- 45 COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL, *La santé : le régime de la santé, Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, volume IV, tome 2, Québec, 1970, p. 43.
- 46 Voir par exemple le témoignage de Louise Gareau, infirmière ayant pratiqué dans un CLSC de Québec durant les années 1970-1980 : Bernard ROY, *Louise Gareau : infirmière de combats*, Québec, PUL, 2009, 138 p.
- 47 COMITÉ CONJOINT FMOQ-MSSS, *Soutien à la pratique en CLSC et en GMF-U (UMF) : rapport du Comité conjoint FMOQ-MSSS*, mai 2016; MSSS, *Soutien cléricale et administratif à la pratique en CLSC et GMF-U (UMF)*, Circulaire 2016-031, juillet 2016; MSSS, *Soutien cléricale et administratif à la pratique en CLSC et GMF-U (UMF)*, Circulaire 2016-031, Annexe 1.
- 48 COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, op. cit., p. 52-54.
- 49 GROUPE DE SOUTIEN À L'IMPLANTATION DES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE, op. cit., p. 26-28. À ce sujet, voir également HÉBERT, SULLY et NGUYEN, op. cit., p. 29-30.
- 50 Chiffres compilés à partir des données de : DIRECTION DE L'ORGANISATION DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE INTÉGRÉS, op. cit.
- 51 VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, op. cit., p. 27.
- 52 *Ibid.* Voir également MSSS, *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF)*, juillet 2016, op. cit., p. 12-13.
- 53 Voir notamment les prises de position de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec : www.otstcfq.org/docs/default-source/Communications/ts-engmf-l-ordre-se-prononce.pdf.
- 54 Chiffres compilés à partir des données de : DIRECTION DE L'ORGANISATION DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE INTÉGRÉS, op. cit.
- 55 *Ibid.*
- 56 Chiffres compilés à partir de : « Données sur l'accès aux services de première ligne », *Santé et Services sociaux Québec*, www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-services-sante-services-sociaux/acces-premiere-ligne/.
- 57 Stéphanie BOULENGER et Johanne CASTONGUAY, « Portrait de la rémunération des médecins de 2000 à 2009 », *Série Scientifique*, 2012S-13, CIRANO, 2012, p. 21.
- 58 VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, op. cit., p. 13.
- 59 *Ibid.*, p. 17.
- 60 MSSS, *Fiche explicative : Programme de financement et de soutien professionnel pour les Groupes de médecine de famille : Intégration des travailleurs sociaux et d'autres professionnels en GMF*, op. cit., p. 5.
- 61 CLAUDE LEBLOND, « Effritement des services sociaux – le Québec renonce-t-il à sa mission sociale? », *Le Point en santé et services sociaux*, vol. 12, no 2, p. 12-14, www.otstcfq.org/docs/default-source/Communications/article-le-point-sante-claude-leblond-sept-2016.pdf.
- 62 HÉBERT, SULLY et NGUYEN, op. cit., p. 66.



Institut de recherche
et d'informations
socioéconomiques

INSTITUT DE RECHERCHE ET D'INFORMATIONS SOCIOÉCONOMIQUES

1710, rue Beaudry, bureau 3.4, Montréal (Québec) H2L 3E7
514.789.2409 • iris-recherche.qc.ca

Imprimé ISBN 978-2-923011-97-4

PDF ISBN 978-2-923011-96-7

L'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS), un institut de recherche indépendant et progressiste, a été fondé à l'automne 2000. Son équipe de chercheur-e-s se positionne sur les grands enjeux socioéconomiques de l'heure et offre ses services aux groupes communautaires et aux syndicats pour des projets de recherche spécifiques.