

## Plan de refondation en santé : pétard mouillé ou bombe à retardement ?

Anne Plourde  
chercheuse

Deux ans de pandémie ont rendu incontournable une refonte en profondeur de notre système de santé et de services sociaux. Annoncé depuis plusieurs mois par le ministre Christian Dubé, le *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé*<sup>1</sup> a enfin été présenté à la population. Si on y trouve certains éléments positifs, une analyse du document montre que le gouvernement Legault a surtout réussi l'exploit d'élaborer un plan qui est à la fois un pétard mouillé et une bombe à retardement.

### Embauches massives et changement de discours

- 01 Du côté des aspects positifs, deux éléments importants méritent d'être mentionnés. Le premier concerne la volonté de réaliser des embauches massives au sein du réseau public, avec pour objectif d'arriver à des « capacités excédentaires » qui contribueront à améliorer les conditions de travail ainsi que l'accès aux services et la qualité de ceux-ci. Il s'agit là d'un changement de paradigme important par rapport à l'impératif néolibéral d'une gestion « maigre » où le nombre d'employé-e-s est toujours maintenu au minimum vital (et même parfois en dessous).
- 02 De plus, des mesures concrètes et des investissements sont déjà annoncés pour parvenir à cet objectif, dont des programmes de formation assortis de bourses. La mise en œuvre de l'autogestion des horaires, dont on espère qu'elle permettra de réduire le recours au temps supplémentaire obligatoire (TSO), d'améliorer la conciliation travail-famille et de favoriser la rétention du personnel déjà en place, est aussi un pas dans la bonne direction.
- 03 Le second élément positif se situe dans le remplacement du discours centré sur l'accès aux médecins de famille par un discours axé sur l'accès à l'ensemble de l'équipe multidisciplinaire de première ligne, changement qui se concrétise par la création du guichet d'accès à la première ligne. Bien que le gouvernement officialise ainsi l'abandon d'une des promesses phares de la Coalition avenir Québec<sup>2</sup>, il s'agit d'un début de reconnaissance de la contribution essentielle des professionnel-le-s non-médecins et des autres

### Faits saillants

- Malgré de bonnes intentions, le *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé* est dépourvu des moyens de réaliser ses ambitions. 05
- Les centres locaux de services communautaires (CLSC), qui avaient été créés pour assurer une réelle prise en charge de la première ligne de manière décentralisée et démocratique, sont pratiquement absents du plan déposé par le ministre Dubé, alors qu'ils devraient être au cœur de la refonte du réseau. 10
- Les groupes de médecine de famille (GMF), sur lesquels le gouvernement mise pour améliorer l'accès au système de santé et de services sociaux, n'ont pas rempli leurs promesses malgré l'appui des gouvernements successifs et le soutien financier et organisationnel considérable dont ils bénéficient depuis leur mise en œuvre en 2002. 14
- L'intention de recourir de manière accrue au secteur privé pourrait avoir des conséquences potentiellement désastreuses pour la pérennité du système public de santé puisqu'elle risque de se traduire par un drainage des ressources humaines et financières du réseau public vers les cliniques privées. 16

1 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (QUÉBEC), *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé*, 2022, [www.quebec.ca/gouvernement/politiques-orientations/plan-changements-sante](http://www.quebec.ca/gouvernement/politiques-orientations/plan-changements-sante).

2 Éric MARTEL, « 6 promesses de la CAQ brisées ou retardées (par la pandémie, ou autre) », *Journal Métro*, 28 décembre 2021.

travailleuses et travailleurs du réseau à l'amélioration de la santé de la population.

- 04 Il faudra toutefois que ce changement de discours dépasse la simple mise en place d'une ligne téléphonique de répartition des patient·e·s orphelin·e·s auprès du « bon professionnel ». Pour « décentrer » les médecins de l'offre de services de première ligne, il faut approfondir et accélérer la délégation des actes entre professionnel·le·s, revoir le mode de rémunération<sup>3</sup> et aller plus loin que les incitatifs financiers pour motiver les médecins à faire de la prise en charge interdisciplinaire. Or, c'est justement là où le bât blesse : sur tous ces enjeux, qui sont effectivement mentionnés dans le document, le plan du gouvernement peine à dépasser le niveau des bonnes intentions.

### Le pétard mouillé : de bonnes intentions dépourvues des moyens de les concrétiser

- 05 Cela est visible aussi en ce qui concerne les actions prévues pour attirer et retenir le personnel au sein du réseau public. Ainsi, les intentions d'éliminer le recours au TSO « dans la gestion courante des opérations » ne s'accompagnent d'aucunes mesures contraignantes qui forceraient les gestionnaires des établissements à aller en ce sens. Et si la volonté de réduire au minimum le recours aux agences de placement de personnel s'accompagne de cibles pour les CISSS et les CIUSSS<sup>4</sup>, un plan crédible à cet égard aurait prévu des mesures visant particulièrement le secteur du soutien à domicile, où l'utilisation des services d'agences est massive<sup>5</sup>.
- 06 D'ailleurs, la section du plan consacrée au virage vers le soutien à domicile échoue à exposer les actions rapides et concrètes qui devraient être mises en œuvre pour réaliser ce virage nécessaire et urgent. Alors que le ministre Dubé affirmait au moment de présenter son plan que « c'est fini les rapports<sup>6</sup> » et qu'il « faut passer à l'action », on se contente d'annoncer pour le soutien à domicile la réalisation d'un nouveau rapport « sur la performance du système, ses formules de financement ainsi que l'apport du milieu communautaire et du secteur privé ».
- 07 Le plan déçoit aussi sur plusieurs autres dossiers pourtant majeurs. En prévention, on se contente d'évoquer le futur plan d'action interministériel de la Politique gouvernementale de prévention en santé. En santé publique, on affirme avoir tiré des leçons de la pandémie et on parle sans trop de précision d'une réforme de la gouvernance dans ce secteur. Or, avec des crédits budgétaires prévus de 636 millions de dollars sur une enveloppe totale de 52,6 milliards en santé

et services sociaux<sup>7</sup>, la santé publique est très loin de représenter 5 % du budget du MSSS, comme le recommande l'Organisation mondiale de la santé<sup>8</sup>.

- 08 De même, rien de nouveau n'est annoncé en santé mentale et en protection de la jeunesse par rapport au Plan d'action interministériel en santé mentale<sup>9</sup> et au Plan de mise en œuvre des recommandations de la commission Laurent<sup>10</sup>, ce dernier n'étant accompagné d'aucun cadre financier. En santé mentale, on s'appuie notamment sur le Programme québécois pour les troubles mentaux, critiqué pour son insuffisance et pour les risques de dérives qu'il comporte<sup>11</sup>.
- 09 Enfin, on comprend à la lecture du plan de refondation que les promesses d'une « vaste décentralisation » ne sont pas des promesses de démocratisation de la gestion des établissements. La décentralisation proposée a toutes les apparences d'une décentralisation essentiellement gestionnaire et technocratique : les cadres des établissements régionaux (les CISSS et les CIUSSS) se verront confier davantage de pouvoir décisionnel, et on assurera la présence d'un gestionnaire responsable dans les installations locales comme les centres d'hébergement de soins de longue durée et les hôpitaux, mais il n'est question nulle part d'un retour au modèle de gestion décentralisé et démocratique qui distinguait le réseau sociosanitaire québécois jusqu'au début des années 2000 et qui laissait une place réelle à la participation citoyenne et communautaire.
- 10 Les centres locaux de services communautaires (CLSC), qui, au sein du réseau public, incarnaient le mieux cette approche communautaire et démocratique, sont d'ailleurs pratiquement absents du plan déposé par le ministre Dubé. Ceci expliquant cela, tous les éléments négligés dans le plan et mentionnés plus haut sont justement au cœur de la mission des CLSC : soutien à domicile, prévention, santé mentale, etc. Plusieurs intervenant·e·s ayant pris part aux audiences de la commission Laurent ont également souligné que l'insuffisance des services en CLSC<sup>12</sup> contribuait à la surcharge des services de protection de l'enfance, qui doivent intervenir dans des situations familiales dégradées faute de services de première ligne.

3 Guillaume HÉBERT, *La rémunération médicale au Québec : un problème à régler*, IRIS, 15 novembre 2019.

4 Marie-Eve COUSINEAU, « Des cibles ambitieuses pour réduire le recours aux agences privées en santé », *Le Devoir*, 29 mars 2022.

5 Anne PLOURDE, *Les agences de placement comme vecteurs centraux de la privatisation des services de soutien à domicile*, IRIS, 19 janvier 2022.

6 Marie-Eve COUSINEAU, « Québec promet une vaste réforme du système de santé », *Le Devoir*, 30 mars 2022.

7 MINISTÈRE DES FINANCES (QUÉBEC), *Crédits et dépenses des portefeuilles 2022-2023. Budget de dépenses 2022-2023, vol. 3*, 2022.

8 TVA NOUVELLES, « La santé publique, bien plus que la gestion de la pandémie », 13 mars 2022, [tvanouvelles.ca/2022/03/13/la-sante-publique-bien-plus-que-la-gestion-de-la-pandemie](https://tvanouvelles.ca/2022/03/13/la-sante-publique-bien-plus-que-la-gestion-de-la-pandemie).

9 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (QUÉBEC), *S'unir pour un mieux-être collectif. Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026*, 2022.

10 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, « S'engager pour nos enfants. Étapes de mise en œuvre des recommandations de la commission Laurent », 2021, [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-839-05W.pdf](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-839-05W.pdf).

11 Leïla JOLIN-DAHEL, « Programme québécois pour les troubles mentaux : intéressant, mais insuffisant », *Le Devoir*, 13 février 2021.

12 Jean-François NADEAU, « Prévenir la maltraitance des enfants avant de guérir », *Le Devoir*, 4 mai 2021.

11 Or, même lorsqu'il est question de la « première ligne du futur »<sup>13</sup>, les CLSC sont relégués à l'arrière-plan, loin derrière les groupes de médecine de famille (GMF). Cela nous amène aux aspects non seulement décevants, mais aussi inquiétants du plan, puisqu'ils convergent vers une ouverture accrue à la privatisation des services, avec des conséquences potentiellement désastreuses pour le réseau public.

## La bombe à retardement : pont d'or pour les entrepreneurs de la santé et les marchands de soin

12 Le gouvernement affirmait déjà depuis plusieurs semaines que son plan de refondation du réseau laisserait une place plus grande au secteur privé<sup>14</sup>. Cette intention se réalise d'abord dans la consécration des GMF comme porte d'entrée principale du réseau de la santé et des services sociaux en remplacement des CLSC, pourtant créés en 1971 pour jouer ce rôle<sup>15</sup>. Or, les GMF sont en grande majorité des cliniques privées qui incarnent des formes de médecine entrepreneuriale pour le moins préoccupantes<sup>16</sup>.

13 Concrètement, ce nouvel élargissement du rôle des GMF passe par une nouvelle entente<sup>17</sup> entre le gouvernement et la Fédération des médecins omnipraticiens qui assure un accroissement de leur financement public et une accélération du transfert de ressources professionnelles en provenance du réseau public, principalement au détriment des CLSC. Précisons que ces professionnel·le·s transféré·e·s en GMF cessent d'être accessibles aux personnes non inscrites auprès d'un médecin exerçant dans un GMF, ce qui est encore le cas de plus du tiers de la population selon le plus récent rapport annuel de gestion du MSSS<sup>18</sup>.

14 Malgré l'appui des gouvernements successifs et le soutien financier et organisationnel considérable dont ils bénéficient depuis leur mise en œuvre en 2002, les GMF n'ont pas rempli leurs promesses. Créés principalement pour améliorer l'accès aux médecins de famille et désengorger les urgences, ils n'ont permis d'atteindre aucun de ces objectifs en 20 ans d'existence. Face à cet échec, c'est une remise en question

de ce modèle, et non son renforcement, qui est nécessaire. Faut-il rappeler, justement, que les CLSC avaient été conçus pour pallier l'incapacité des cliniques privées à assurer une réelle prise en charge de la première ligne ?

15 L'exemple des GMF devrait nous inciter à beaucoup de méfiance face à l'intention du gouvernement de recourir davantage aux cliniques médicales spécialisées privées, notamment dans l'objectif de réduire les listes d'attente en chirurgie. On apprend dans le plan du ministre Dubé que 14 % de l'activité chirurgicale totale au Québec a été effectuée par des entreprises privées depuis le début de la pandémie, ce qui représente plus de 85 000 opérations, et que « le gouvernement entend aller plus loin en établissant davantage de partenariats avec ces cliniques ».

16 Or, il faut faire preuve de pensée magique pour imaginer que le recours accru à des cliniques privées permettra de « diminuer la pression sur le réseau public », surtout dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre, où l'un des défis principaux est d'attirer et de retenir le personnel dans le secteur public. Alors que le gouvernement annonce aux entrepreneurs de la santé et autres marchands de soins qu'il s'apprête à délier les cordons de la bourse pour offrir des contrats lucratifs aux cliniques médicales spécialisées, on peut s'attendre à ce que des médecins spécialistes soient incités à se désengager du régime public puisqu'ils pourront bénéficier des deniers de l'État même s'ils choisissent de pratiquer dans leur propre clinique ou entreprise privée. De même, chaque nouvelle embauche par ces cliniques représentera une infirmière ou un·e autre professionnel·le en moins dans les blocs opératoires des hôpitaux publics.

17 À cela s'ajoutent des questions sur le coût de ce type de « partenariat ». En 2009, la défunte Agence de santé et de services sociaux de Montréal avait souhaité mettre fin à un partenariat conclu dans le cadre d'un projet-pilote avec la clinique médicale spécialisée Rockland MD parce que les coûts pour y faire opérer des patient·e·s étaient 30 à 40 % plus élevés qu'à l'hôpital<sup>19</sup>. À partir de 2016, un nouveau projet-pilote impliquant cette même clinique ainsi que deux autres a conduit à une explosion des dépenses, les cliniques concernées empochant au passage un profit de 10 %<sup>20</sup>.

18 Ce cas montre d'ailleurs que le virage vers le « financement axé sur le patient » (ou financement à l'activité), qui occupe aussi une place importante dans le plan de refondation, est étroitement lié au processus de privatisation en cours. En effet, un des objectifs du projet-pilote était de « comparer les coûts de chirurgies d'un jour entre les établissements publics et les cliniques privées dans l'optique d'instaurer un nouveau modèle de financement axé sur le patient ». On le constate, il s'agit pour l'essentiel d'introduire dans le secteur public les modèles de gestion propres au secteur privé.

13 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, « Première ligne du futur », 2022, [cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/gouvernement/MCE/memoires/21-210-217F\\_Napperon\\_Premiere\\_ligne\\_futur\\_accessible\\_VF.pdf](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/gouvernement/MCE/memoires/21-210-217F_Napperon_Premiere_ligne_futur_accessible_VF.pdf).

14 Patrick BELLEROSE, « La CAQ proposera que le privé prenne plus de place en santé », *Le Journal de Québec*, 12 mars 2022.

15 Anne PLOURDE, « CLSC ou GMF ? Comparaison des deux modèles et impact du transfert de ressources », IRIS, 18 mai 2017, [iris-recherche.qc.ca/publications/clsc-ou-gmf-comparaison-des-deux-modeles-et-impact-du-transfert-de-ressources](https://iris-recherche.qc.ca/publications/clsc-ou-gmf-comparaison-des-deux-modeles-et-impact-du-transfert-de-ressources).

16 MÉDECINS QUÉBÉCOIS POUR UN RÉGIME PUBLIC, *Les GMF au Québec : étude de cas d'une médecine entrepreneuriale*, juin 2017, [mgrp.qc.ca/wp-content/uploads/2017/06/MGRP-Rapport-annuel-2017-ilovepdf-compressed.pdf](https://mgrp.qc.ca/wp-content/uploads/2017/06/MGRP-Rapport-annuel-2017-ilovepdf-compressed.pdf).

17 Élyanthe NORD, « Récente entente sur le programme des GMF », *Le médecin du Québec*, 25 juin 2021, <https://lemedecinquebec.org/archives/2021/7/recente-entente-sur-le-programme-des-gmf-les-nouveautes>.

18 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (QUÉBEC), *Rapport annuel de gestion 2020-2021*, 2021.

19 Pascale BRETON, « L'Agence de santé de Montréal veut casser l'entente avec Rockland MD », *La Presse*, 11 septembre 2009.

20 Élisabeth FLEURY, « Projet-pilote de chirurgies : trois fois plus d'argent que prévu au privé », *Le Soleil*, 12 mars 2018.

- 19 Ainsi, plusieurs voient d'un bon œil la mise en compétition des hôpitaux du Québec par le biais de ce mode de financement. En argumentant que « l'argent doit maintenant suivre le patient », on suggère que, si les hôpitaux sont financés en fonction du volume d'activité offert, ils deviendront plus efficaces, c'est-à-dire qu'ils augmenteront la cadence afin d'accroître leurs revenus. On souhaite ainsi éliminer le « financement historique » des hôpitaux qui garantit une stabilité et une prévisibilité des revenus.
- 20 Mais derrière l'apparente simplicité de cette formule se cache tout un lot de complications<sup>21</sup>. Le déploiement du financement à l'activité est extrêmement lourd sur le plan administratif, au point où il requiert ni plus ni moins qu'une catégorie supplémentaire de personnel : les codeurs et codeuses dont le rôle est d'élaborer et de gérer un système de codage ultra-complexe permettant d'attribuer artificiellement une valeur monétaire à chacune des milliers d'activités médicales différentes pouvant être effectuées dans les établissements de santé. En plus des lourdeurs administratives, le financement à l'activité peut se traduire par une hausse des coûts sans hausse conséquente des services étant donné les manœuvres possibles dans la tarification (par exemple, l'incitatif à diagnostiquer des cas comme étant plus graves afin qu'ils procurent un paiement plus important). Il perd aussi complètement de vue que, si les ressources sont insuffisantes dans un système, notamment le personnel de première ligne, il est illusoire d'améliorer l'efficacité de l'ensemble par l'accélération de la cadence.

### Pour une véritable refondation

- 21 Ce que le gouvernement propose avec son plan, c'est essentiellement une refondation du réseau sans toucher à ses fondations délétères construites par les réformes néolibérales des dernières décennies<sup>22</sup>. De véritables solutions existent pourtant, et l'histoire du système de santé québécois est riche d'enseignements et d'inspirations à cet égard.

---

21 Guillaume HÉBERT, *Le financement à l'activité peut-il résoudre les problèmes du système de santé?*, IRIS, 20 juin 2012, [iris-recherche.qc.ca/publications/le-financement-a-lactivite-peut-il-resoudre-les-problemes-du-systeme-de-sante](https://iris-recherche.qc.ca/publications/le-financement-a-lactivite-peut-il-resoudre-les-problemes-du-systeme-de-sante).

22 Anne PLOURDE, « En santé, une refondation sans toucher aux fondations? », IRIS, 9 février 2022, [iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/en-sante-une-refondation-sans-toucher-aux-fondations](https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/en-sante-une-refondation-sans-toucher-aux-fondations).