



Institut de recherche  
et d'informations  
socioéconomiques

# SIX REMÈDES

pour révolutionner le réseau de la  
santé et des services sociaux

Anne Plourde, Myriam Lavoie-Moore et Guillaume Hébert  
chercheuses et chercheur à l'IRIS

# TABLE DES MATIÈRES

**N°1**

Créer 400 pôles sociaux  
pour le contact entre le  
réseau et la population

**p. 08**

**N°2**

Viser une répartition  
50/50 pour les dépenses  
en santé et en services  
sociaux : 50 % préventif  
et 50 % curatif

**p. 10**

**N°3**

Doubler d'urgence  
les investissements  
dans quatre domaines  
prioritaires

**p. 12**

**N°4**

Ajouter 100 000  
personnes aux effectifs  
du réseau public

**p. 14**

**N°5**

Zéro profit avec la  
maladie : déprivatiser  
les services de santé et  
les services sociaux

**p. 16**

**N°6**

Démédicaliser le  
réseau : salarier les  
médecins et réduire  
leur rémunération

**p. 18**



## INTRODUCTION

Depuis la publication du plan Dubé en mars 2022, l'IRIS fait la démonstration que la réforme du système de santé et de services sociaux actuellement entreprise par le gouvernement ne fait que reproduire les erreurs du passé et qu'elle est vouée à l'échec<sup>1</sup>. En effet, les données probantes issues des expériences du Québec et d'ailleurs sont sans équivoque : la centralisation et la privatisation des services ont des conséquences négatives tant sur l'accès aux services que sur leur qualité, en plus d'engendrer des problèmes d'équité, le tout pour un coût financier plus élevé, tant pour les usagers et les usagers des services que pour l'État.

Or, c'est précisément dans cette direction que conduit le projet de loi 15, « Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace », présenté en mars 2023 par le ministre caquiste Christian Dubé. Par conséquent, on peut s'attendre à ce que, loin de remplir ses promesses d'efficacité, la mise en application des éléments compris dans ce projet de loi ait pour effet d'amplifier les problèmes actuels, eux-mêmes causés en bonne partie par les réformes centralisatrices et les vagues de privatisation des dernières décennies. Le plan Dubé, dont la mise en œuvre est déjà amorcée, devra donc nécessairement être remplacé à court ou moyen terme.

C'est pourquoi l'IRIS propose une solution concurrente à l'approche contenue dans le plan Dubé. Les six remèdes pour révolutionner le réseau de la santé et des services sociaux au Québec mettent de l'avant des solutions qui permettront d'atteindre une véritable efficacité du système de santé québécois.

En se basant sur ses nombreux travaux de recherche effectués au cours des deux dernières décennies sur le système de santé, l'IRIS formule dans ce document six propositions pour reconstruire le réseau de la santé et des services sociaux. Ces propositions ne prétendent pas être exhaustives ou apporter des solutions à l'ensemble des problèmes auxquels le réseau fait face. Néanmoins, nous considérons que leur mise en œuvre donnerait au système public de santé les moyens d'effectuer le virage majeur essentiel à sa résilience et à sa pérennité. Notons par ailleurs que les propositions se veulent aisément compréhensibles et qu'elles entendent simplifier considérablement le système afin que celui-ci regagne la confiance de la population.

Ce virage ne pourra évidemment pas être complété du jour au lendemain. Les investissements majeurs et les embauches massives qu'il requiert devront nécessairement être étalés sur quelques années. Néanmoins, la gravité de la

crise qui secoue actuellement le réseau et l'ampleur des défis auxquels il fera face dans un avenir proche – qu'on pense au vieillissement de la population ou à la crise climatique – imposent une mise en œuvre la plus rapide possible. Dans cette optique, nous concevons le déploiement des six remèdes de l'IRIS sur un horizon de trois à six ans.

### INVERSER LA SPIRALE DU MAL-FINANCEMENT : DES INVESTISSEMENTS MAJEURS POUR RÉDUIRE LES COÛTS

Certaines des propositions présentées dans ce document impliquent des investissements considérables, qui totalisent près de 14 G\$ et qui auraient pour effet d'augmenter les « dépenses de programme »<sup>a</sup> en santé et services sociaux de 46 % et les dépenses totales du ministère de la Santé et des Services sociaux de 25 %<sup>2</sup>. Cela peut sembler irréaliste dans un contexte où cette mission de l'État accapare déjà une lourde proportion du budget du gouvernement du Québec. À cet égard, plusieurs précisions s'imposent.

Tout d'abord, les investissements proposés permettraient justement de s'attaquer à la source

des problèmes qui contribuent à faire gonfler les coûts du système de santé. En effet, un des constats principaux qui guident notre démarche est que le réseau souffre davantage d'un mal-financement que d'un sous-financement. La difficulté chronique à limiter la croissance des dépenses de santé provient en bonne partie d'une mauvaise utilisation et d'une répartition inefficace des investissements consentis.

Afin d'inverser la spirale délétère du mal-financement, les investissements massifs que nous proposons de réaliser seraient concentrés dans des secteurs cruciaux, mais historiquement négligés (santé publique, première ligne, santé mentale, services à domicile, etc.). Cela permettrait à terme de générer des réductions de dépenses importantes dans d'autres secteurs, où est actuellement concentrée la plus grande part des investissements en santé et services sociaux (essentiellement les médicaments, les hôpitaux et la rémunération des médecins). Autrement dit, bien que de tels investissements provoqueraient à court terme une croissance importante des dépenses, ils se traduiraient à moyen et à long

<sup>a</sup> Les dépenses de programmes réfèrent aux dépenses engagées par les établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux. Elles excluent notamment les dépenses qui relèvent de la Régie de l'assurance maladie du Québec, telles que la rémunération des médecins et l'assurance médicaments publique. Elles totalisaient 29,8 G\$ en 2021-2022, contre 55,8 G\$ pour l'ensemble des dépenses du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). MSSS, *Dépenses par programme et par centre d'activités*, 2021-2022 ; Ministère des Finances, *Comptes publics 2021-2022*, vol. 2, 2022.

termes par une efficacité accrue du réseau et un meilleur contrôle des coûts du système de santé.

Inversement, le coût de l'inaction ou du *statu quo* est très élevé, non seulement en souffrance et en dignité humaines, mais aussi sur le plan économique. On sait par exemple que, dans un contexte de vieillissement de la population, continuer de privilégier l'hébergement plutôt que les services à domicile comme réponse principale aux besoins des personnes en perte d'autonomie fera passer le coût annuel de la prise en charge de ces personnes de 6,2 G\$ en 2020 à 25,6 G\$ en 2050<sup>3</sup>. Des investissements majeurs devront donc être consentis de toute façon, mais ils seront probablement beaucoup plus élevés si le virage que nous proposons n'est pas réalisé.

Précisons qu'à l'exception de la rémunération médicale, qui pourrait être réduite plus rapidement, nous ne proposons pas de financer à court terme les investissements nécessaires dans les secteurs négligés par des coupes budgétaires dans les secteurs où sont actuellement concentrées les ressources financières. Les erreurs du passé nous enseignent que, dans l'état actuel du réseau, diminuer les dépenses dans ces secteurs avant que le réinvestissement ne produise ses effets bénéfiques pourrait conduire à des réductions – voire à des ruptures – de services inacceptables<sup>a</sup>. Une phase

<sup>a</sup> Les mises à la retraite massives de milliers d'employé·e·s du réseau et l'échec du virage ambulatoire des années 1990 au Québec sont emblématiques de ces erreurs à ne pas répéter.

transitoire d'investissements massifs est donc nécessaire pour que le virage souhaité soit un succès et qu'il pérennise une organisation des services plus efficace et moins coûteuse.

Par ailleurs, on peut s'attendre également à ce que la bonification substantielle des services publics engendrée par les investissements proposés réduise d'autant (et même davantage) les achats de services privés. En effet, l'existence d'un marché de soins et de services privés, où les coûts sont assumés par les individus ou les assureurs, s'explique par l'incapacité du système public à répondre adéquatement aux besoins. En 2022 au Québec, ces dépenses de santé privées totalisaient 19,4 G\$, ce qui représente 26 % des dépenses totales de santé (contre 18 % au tournant des années 1980)<sup>4</sup>. La proposition 5 (p. 18), qui met de l'avant la déprivatisation des services et l'universalisation de l'assurance médicaments publique, aurait aussi pour effet de diminuer radicalement les dépenses privées, en plus de favoriser une réduction globale des coûts des services.

En d'autres termes, les dépenses publiques supplémentaires proposées par l'IRIS pourraient à terme être financées par la diminution de certains coûts ainsi que par un transfert de fonds du secteur privé, où l'accès aux services dépend de la capacité de payer, vers le secteur public, où l'accès est priorisé en fonction des besoins.

## PROPOSITION N° 1

# Créer 400 pôles sociaux pour le contact entre le réseau et la population

Plusieurs études montrent que les services publics les plus efficaces sont ceux qui sont gérés en collaboration étroite avec leurs usagers et usagers, de manière démocratique et décentralisée<sup>5</sup>. Or, au Québec, les réformes successives ont plutôt eu pour effet de couper le réseau de la santé et des services sociaux des ancrages qui permettaient la participation de la population. Par conséquent, le système de santé peine à bien connaître les besoins réels des communautés et à s'y adapter, et celles-ci sont dépouillées de toute forme de pouvoir sur les services qui lui sont offerts.

Plutôt que de confier, comme le prévoit le plan Dubé, à une seule agence et à un seul conseil d'administration la tâche de diriger de manière centralisée et hiérarchique les plus

de 1 500 installations du réseau, nous proposons la création d'un réseau de 400 points de contact locaux directs entre le système de santé et la population<sup>a</sup>. Ces pôles sociaux couvriraient un territoire comptant entre 10 000 (pour les milieux ruraux) et 30 000 personnes (pour les milieux urbains) et seraient responsables des installations (hôpitaux, CLSC, CHSLD, etc.) présentes sur ce territoire.

Il s'agirait d'instances décisionnelles dotées de réels pouvoirs pour déterminer les priorités, les objectifs, les programmes et les services offerts dans ces installations, ainsi que pour embaucher leurs gestionnaires et le personnel. Ils prendraient la forme de

<sup>a</sup> Voir l'annexe méthodologique pour des explications sur la méthode utilisée afin de déterminer le nombre de pôles sociaux locaux.

conseils d'administration élus, composés de gestionnaires (1/3) et de membres du personnel (1/3) de ces installations, ainsi que de citoyens et citoyennes représentatives de la population locale (1/3). C'est à cette autorité démocratique locale que les gestionnaires et le personnel des installations devraient prioritairement se rapporter.

Bien sûr, des instances régionales et une instance nationale seraient également nécessaires pour permettre une coordination et une intégration des services ainsi qu'une répartition équitable des ressources. Comme au niveau local, la composition de ces instances serait déterminée démocratiquement et inclurait des personnes représentantes du personnel et de la population.

L'approche proposée par l'IRIS constitue une rupture avec celle de la « nouvelle gestion publique » (NGP), qui consiste pour l'essentiel à appliquer aux services publics les méthodes de gestion du secteur privé. En santé et services sociaux, la NGP se traduit notamment par une gestion centralisée basée sur des indicateurs quantitatifs de performance et par l'imposition de contrôles hiérarchiques serrés sur le personnel, qui doit rendre des comptes à des supérieurs souvent formés pour gérer des entreprises privées<sup>6</sup>.

La création de pôles sociaux locaux permettrait plutôt d'instaurer une gestion démocratique à échelle humaine et d'inverser la chaîne de reddition de comptes, puisque le contrôle sur la qualité des services et sur la capacité des établissements à répondre aux besoins de la population ne serait plus exercé de manière centralisée et du haut vers le bas (*top-down*), mais plutôt de manière décentralisée et du bas vers le haut (*bottom-up*) : il serait exercé démocratiquement par les populations locales. C'est donc avant tout aux usagers et aux usagers des services que le personnel devrait rendre des comptes plutôt qu'à des supérieurs hiérarchiques déconnectés du terrain.

## PROPOSITION N° 2

# Viser une répartition 50-50 pour les dépenses en santé et en services sociaux : 50 % préventif et 50 % curatif

À la racine du mal-financement du réseau se trouve le fait que les fonds qui y sont injectés sont fortement concentrés sur les services curatifs spécialisés et surspécialisés très coûteux, au détriment de la prévention et des services courants de première ligne. Autrement dit, une part disproportionnée des dépenses est consacrée à soigner à grands frais les gens lorsqu'ils sont déjà très malades ou en crise, mais très peu est fait par le système de santé pour éviter que ces personnes ne tombent malades en premier lieu.

Pour rendre le système de santé plus efficace, il ne suffit donc pas d'améliorer sa capacité de répondre aux besoins de la population en augmentant l'offre de services ; il faut également *réduire* ces besoins et réduire la demande de soins et de services en agissant en amont, sur les facteurs qui contribuent à détériorer l'état de santé de la population<sup>7</sup>. À cet égard, précisons que les actions les plus efficaces ne relèvent pas directement du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). On sait en effet que c'est en agissant prioritairement sur ce qu'il est convenu d'appeler les

«déterminants sociaux de la santé» qu'on a le plus d'impact sur la santé des populations.

Ces déterminants réfèrent aux conditions dans lesquelles les gens vivent, travaillent, se logent, se nourrissent, se déplacent, etc. Bien qu'ils dépendent des autres ministères (Transport, Habitation, Travail et Solidarité sociale, Environnement, etc.), ils comptent pour environ 50 % dans l'état de santé des populations<sup>8</sup>. Mettre en place des politiques publiques qui contribueraient à réduire de manière importante la pauvreté et les inégalités socioéconomiques – par exemple en bonifiant l'aide sociale et le salaire minimum au niveau du revenu viable, ou encore en mettant en place des politiques permettant de diminuer les coûts associés au logement – aurait des conséquences beaucoup plus bénéfiques pour la santé que d'augmenter l'offre de services curatifs du système de soins.

Si les autres ministères ont un rôle à jouer encore plus important que le MSSS en matière de prévention, il n'en demeure pas moins que le système de santé a lui aussi une responsabilité à cet égard. Ainsi, un système de santé véritablement efficace prioriserait les investissements dans la prévention des problèmes de santé et des problèmes sociaux ainsi que dans les services de première ligne. L'idée est d'être en mesure de prendre en charge les problèmes courants et bénins dès qu'ils apparaissent, soit avant qu'ils ne s'aggravent et ne requièrent des soins spécialisés beaucoup plus coûteux.

Actuellement, à peine 1,5 % des dépenses de programme du MSSS, soit moins de 500 M\$ en 2021-2022, sont consacrées à la santé publique, qui est la principale responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre des initiatives de prévention au sein du réseau<sup>9</sup>. Si on ajoute les dépenses qui peuvent être considérées comme relevant de la première ligne, on arrive à un total de 8 G\$, ce qui représente 27 % des dépenses de programme<sup>a</sup>.

Pour que le virage vers la prévention et les services de première ligne recommandé par toutes les commissions d'enquête sur le système de santé qui se sont succédé au Québec depuis 60 ans dépasse le stade du vœu pieux, il doit s'incarner dans des investissements conséquents. Dans cette optique, nous proposons de viser à moyen terme une répartition 50-50, soit 50 % des dépenses de programme en santé publique et dans la première ligne, et 50 % dans la médecine spécialisée, les hôpitaux, l'hébergement et la réadaptation.

En 2021-2022, les dépenses de programme dans ces secteurs spécialisés totalisaient 21,8 G\$. Il faudrait donc des investissements supplémentaires de 13,8 G\$ pour que les dépenses en prévention et en première ligne les égalisent.

<sup>a</sup> Voir l'annexe méthodologique pour des explications sur la méthode utilisée afin de calculer le montant et le pourcentage des dépenses de programme consacrées à la première ligne. Précisons que les dépenses de programme n'incluent pas la rémunération médicale, qui est traitée dans un point subséquent.

## PROPOSITION N° 3

# Doubler d'urgence les investissements dans quatre domaines prioritaires

Les réformes et les politiques préconisées par les gouvernements successifs ont mené le système de santé et de services sociaux du Québec dans une situation critique dans plusieurs secteurs. L'augmentation des dépenses prévue dans la proposition 2 doit permettre d'agir en priorité dans les domaines où la crise est la plus grave et où l'amélioration des services aura un effet d'entraînement favorable sur d'autres secteurs du réseau de la santé et des services sociaux. À titre d'exemple, si, pour désengorger les urgences, on souhaite éviter que les personnes âgées en perte d'autonomie laissées à elles-mêmes n'aient d'autres options que de s'y rendre, il faut accroître en priorité les ressources non pas dans les hôpitaux, mais dans les soins de longue

durée à domicile, où ces personnes recevront en amont les soins adéquats et de manière plus efficace.

La part du lion des sommes supplémentaires investies annuellement en prévention et dans la première ligne pourra donc être consacrée à bonifier substantiellement les investissements dans quatre secteurs cruciaux, mais généralement sous-financés en santé et services sociaux :

1. la santé mentale ;
2. la santé publique ;
3. les services à domicile ;
4. le secteur communautaire.

En 2021-2022, les dépenses de programme dans ces quatre secteurs ont totalisé 5,1 G\$<sup>10</sup>. Il serait donc possible, sur la base des sommes identifiées au point précédent, de doubler ce financement, et même plus si nécessaire. Un

chantier d'investissements aussi majeur permettrait d'agir efficacement en amont d'une proportion importante des problèmes de santé et des problèmes sociaux, et d'éviter le recours à des services spécialisés beaucoup plus coûteux et invasifs.

Plus précisément, de tels investissements permettraient : 1) de résorber au moins partiellement la crise de santé mentale qui secoue actuellement le Québec<sup>11</sup> ; 2) de donner à la santé publique les moyens de remplir pleinement sa mission préventive et, à terme, de faire face aux prochaines pandémies et aux crises sanitaires que risque de provoquer la crise climatique<sup>12</sup> ; 3) de dépasser l'hébergement comme réponse principale à la perte d'autonomie et d'aborder le vieillissement de la population et les situations de handicap avec des solutions moins coûteuses qui correspondent aux préférences des personnes concernées<sup>13</sup> ; 4) de reconnaître pleinement le rôle crucial joué par les organismes communautaires et de leur donner la latitude financière nécessaire à la préservation de leur autonomie<sup>14</sup>.

En raison de son positionnement extérieur au réseau public, le cas du secteur communautaire mérite une attention particulière. Ce positionnement est parfois perçu comme problématique par l'État, et la tentation est grande pour les gouvernements d'imposer aux organismes communautaires les méthodes de gestion néolibérales appliquées dans le secteur public. Cela se traduit par des tentatives de contrôler à partir d'en haut, par l'entremise d'un financement « par projet », les orientations, les priorités et les services offerts par ces

organismes. Il n'est pas rare non plus que leur rôle soit conçu dans une perspective de « sous-traitance » à moindre coût des services qui relèvent de la responsabilité du secteur public. Cela se traduit notamment par un sous-financement chronique dans un contexte d'alourdissement des mandats<sup>15</sup>.

Les structures démocratiques des organismes communautaires, leur ancrage dans la population et leur autonomie sont pourtant des spécificités fondamentales de ces organismes, et il est nécessaire de les préserver. Celles-ci leur permettent de définir avec les populations de leurs milieux leurs orientations et leurs priorités d'action.

Ces spécificités leur confèrent également une position privilégiée pour agir sur les déterminants sociaux de la santé. En effet, la capacité des organismes communautaires à agir sur ces facteurs, notamment par des actions revendicatives et de défense collective des droits, dépend précisément de la préservation de leur autonomie face à l'État.

Pour toutes ces raisons, il est crucial que le financement accordé soit un financement à la mission, qui laisse aux organismes toute la latitude pour déterminer démocratiquement, avec les populations qu'ils servent, la meilleure manière d'utiliser ces fonds.

## PROPOSITION N° 4

# Ajouter 100 000 personnes aux effectifs du réseau public

Contrairement aux services de deuxième et troisième lignes, qui requièrent des investissements importants en infrastructures et en équipements sophistiqués et coûteux, la prévention et la première ligne sont des secteurs dont le déploiement repose principalement sur une main-d'œuvre abondante et adéquatement formée. Le virage mis de l'avant dans les propositions 2 et 3 passe donc nécessairement par une augmentation substantielle des effectifs du réseau public.

Ainsi, une part considérable des investissements effectués dans les secteurs visés prendraient la forme de dépenses en ressources humaines. Dans l'hypothèse où la croissance de l'effectif serait proportionnelle à la croissance des dépenses de programme qui découlerait de l'atteinte d'une répartition 50-50 établie à la proposition 2, on peut estimer à 100 000 le nombre de personnes à temps plein qu'il faudrait embaucher pour

offrir les services supplémentaires souhaités en prévention et en première ligne<sup>a</sup>. Précisons que ces 100 000 embauches devraient s'ajouter à celles faites de manière routinière pour remplacer les départs et assurer le maintien des effectifs.

Dans un contexte où la pénurie de personnel est sur toutes les lèvres, un tel nombre peut sembler irréaliste. Cependant, il faut comprendre que les difficultés de recrutement et de rétention des employé·e·s auxquelles fait face le réseau ne sont pas simplement le résultat mécanique d'un manque de main-d'œuvre disponible.

Ces difficultés s'expliquent en bonne partie par la dégradation des conditions de travail dans le réseau, qui trouve elle-même ses causes profondes dans les méthodes de

<sup>a</sup> Voir l'annexe méthodologique pour des explications sur la méthode utilisée afin de calculer le nombre d'embauches requises.

gestion néolibérales – telles que la nouvelle gestion publique – imposées aux travailleuses et aux travailleurs depuis de nombreuses années. La rupture claire avec ces méthodes de gestion réalisée par la proposition 1 contribuerait donc certainement à aplanir les difficultés de recrutement et de rétention de personnel auxquelles le réseau fait face.

Par ailleurs, si l'on prend comme référence le salaire de base moyen de l'ensemble du personnel du réseau<sup>a</sup>, qui était d'un peu plus de 60 000 \$ en 2021-2022<sup>16</sup>, le coût de l'ajout de 100 000 personnes aux effectifs du réseau peut être estimé à environ 6 G\$. Autrement dit, les investissements massifs de près de 14 G\$ qui résulteraient de la proposition 2 offrirait une marge de manœuvre suffisante pour déployer une offensive majeure de recrutement basée sur des formations payées et une bonification des salaires.

Pour éviter les ratés qu'a connus le programme d'embauche de 10 000 préposé·e·s aux bénéficiaires déployé pendant la pandémie, cette offensive de recrutement serait déployée sur une période suffisamment étendue pour que la qualité des formations soit maintenue et que les embauches ne se traduisent pas par une déqualification et une dévalorisation des professions concernées. Rappelons qu'un horizon

<sup>a</sup> Nous retenons le salaire de base moyen comme référence parce que les analyses permettant de déterminer le nombre de personnes à embaucher dans les diverses catégories d'emploi restent à faire.

temporel de trois à six ans est prévu pour mettre en œuvre les six propositions de l'IRIS.

Il est fort probable qu'une partie du personnel embauché proviendrait du secteur privé, qui bénéficie depuis plusieurs années de l'exode des employé·e·s du réseau public. De fait, on peut estimer à un minimum de 15 000 personnes le bassin de professionnel·le·s qui exercent actuellement exclusivement dans le secteur privé, et à plusieurs dizaines de milliers le nombre de préposé·e·s aux bénéficiaires employé·e·s par des entreprises privées<sup>b</sup>. Toutefois, pour que les investissements en prévention et en première ligne se traduisent par un ajout aux services totaux et par la création de nouveaux emplois, la stratégie d'embauche ne peut pas se résumer à absorber les employé·e·s actuel·le·s du secteur privé, et le déploiement à grande échelle de programmes de formation rémunérée est incontournable.

<sup>b</sup> À elles seules, les résidences privées pour aîné·e·s emploient 40 000 personnes, selon le Regroupement québécois des résidences pour aînés. Les estimations pour les professionnel·le·s incluent les infirmières, les ergothérapeutes, les orthophonistes, les audiologistes et les psychologues, mais excluent les travailleurs et travailleuses sociales ainsi que les technicien·ne·s de toutes les catégories. Myriam LAVOIE-MOORE, *Les services professionnels de santé*, Fiche, IRIS, avril 2022, [iris-recherche.qc.ca/publications/la-progression-du-secteur-privé-en-santé-au-québec/](https://iris-recherche.qc.ca/publications/la-progression-du-secteur-privé-en-santé-au-québec/), Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec 2020-2021, 2021, [www.oiq.org/documents/20147/11892088/Rapport\\_statistique\\_2020-2021.pdf](https://www.oiq.org/documents/20147/11892088/Rapport_statistique_2020-2021.pdf).



En terminant, précisons que, de la même manière que les investissements massifs en prévention et en première ligne auront à terme pour effet de réduire les dépenses dans les services spécialisés, on peut s'attendre à ce que les embauches massives dans les secteurs visés par les propositions précédentes génèrent une réduction des besoins de personnel en deuxième et en troisième lignes. L'augmentation importante du personnel en prévention et en première ligne serait donc à terme compensée par une réduction du personnel dans les services spécialisés, qui pourrait se faire graduellement, par attrition.

## PROPOSITION N° 5

# Zéro profit avec la maladie : déprivatiser les services de santé et les services sociaux

Par ses nombreuses recherches sur les différentes formes de privatisation des services de santé, l'IRIS a largement démontré que les entreprises privées à but lucratif n'ont pas leur place dans le domaine de la santé et des services sociaux<sup>17</sup>. Or, contrairement aux idées reçues sur le caractère public du système de santé québécois, le privé y est bien présent, depuis longtemps, et il ne cesse de faire la preuve de son échec. En effet, le privé échoue à :

- ▶ réduire les coûts, sauf en détériorant les conditions de travail ou la qualité des services<sup>18</sup> ;

- ▶ assurer la gratuité des services, même quand ceux-ci sont censés être couverts par les fonds publics<sup>19</sup> ;
- ▶ désengorger le secteur public et réduire les listes d'attente (au contraire, il vampirise les ressources du public)<sup>20</sup> ;
- ▶ maintenir la qualité et l'équité, et améliorer l'accès aux services<sup>21</sup>.

Autrement dit, le privé est profondément inefficace. En fait, au Québec, les secteurs où les difficultés d'accès sont les plus importantes (première ligne, santé mentale, services à domicile, hébergement) sont aussi ceux où le secteur privé est le plus présent<sup>22</sup>.

Les problèmes engendrés par le privé sont particulièrement criants dans les cas où, comme dans le modèle états-unien, le financement des services est privé, c'est-à-dire lorsque les gens paient de leur poche pour acheter des services ou recourent à des assurances privées qui couvriront une part de ces coûts. Dans ces cas, l'inefficacité dans l'utilisation des ressources, l'explosion des coûts et les problèmes d'équité dans l'accès aux services sont portés à leur paroxysme, et on assiste à l'accaparement d'une part importante de la main-d'œuvre disponible par des entreprises à but lucratif qui n'offrent leurs services qu'aux personnes ayant la capacité de payer.

En effet, la couverture « universelle » au Québec exclut notamment les services dentaires, oculaires et de santé mentale, ainsi que, de manière générale, tous les services des professionnel-le-s non médicaux (infirmières, travailleuses et travailleurs sociaux, physiothérapeutes, orthophonistes, etc.) lorsqu'ils sont offerts dans des centres de santé privés. Dans ces centres, l'accès aux services dépend non pas de la priorité des besoins, mais de l'accès à une assurance privée ou de la capacité de payer des individus.

Si certains de ces problèmes sont atténués dans le modèle de la prestation privée de services financés par des fonds publics, l'inefficacité du privé à améliorer l'accès y demeure entière. De plus, dans ce modèle comme dans celui du financement privé des services, les coûts restent plus élevés, la gratuité n'est pas assurée, la qualité des services est moindre et l'équité dans l'accès se trouve menacée.

Pour toutes ces raisons, nous proposons de viser une déprivatisation complète des services de santé et des services sociaux. Deux avenues complémentaires pourraient être empruntées pour y parvenir.

Tout d'abord, les embauches massives proposées dans la proposition 4 permettraient déjà d'atteindre partiellement cet objectif en intégrant au réseau public une part des professionnel-le-s pratiquant actuellement dans le secteur privé. Pour que l'incitatif à rejoindre les rangs du secteur public soit maximal, il faudrait toutefois agir sur le financement privé des services, qui favorise actuellement le maintien d'un marché de la santé très vigoureux.

Il s'agirait d'appliquer à l'ensemble des services professionnels (infirmières, travailleurs et travailleuses sociales, psychologues, physiothérapeutes, etc.) les modalités de la Loi sur l'assurance maladie, qui ne s'appliquent actuellement qu'aux services offerts par les médecins. Afin de s'assurer que la plus grande part possible des services médicaux soient accessibles à l'ensemble de la population, cette loi interdit aux médecins de pratiquer à la fois dans le secteur public et le secteur privé, et elle interdit également aux assureurs privés de couvrir les services médicaux déjà assurés par le secteur public.

Ces mesures sont efficaces pour contenir le marché privé des soins médicaux puisque moins de 3 % des médecins choisissent de pratiquer dans le secteur privé, contre une proportion qui varie entre 9 et 46 % pour les autres catégories professionnelles<sup>23</sup>. La déprivatisation des services devrait donc passer par l'extension des limites sur la pratique mixte et les assurances

duplicatives à l'ensemble des services offerts dans le réseau public.

Ensuite, il faudrait également agir sur la *présentation* privée en cessant toute forme de financement public des services de santé et des services sociaux offerts par des entreprises à but lucratif. Actuellement, des fonds publics très importants sont investis dans les groupes de médecine de famille (GMF), les supercliniques, les centres médicaux spécialisés (cliniques privées de chirurgie), les CHSLD privés, les agences de placement, les ressources intermédiaires, les résidences privées pour aîné·e·s, etc., qui sont des entreprises privées dont l'objectif premier est de réaliser des profits. Le financement public des services pourrait devenir conditionnel à l'intégration de ces prestataires privés au secteur public, ou encore à leur conversion en organismes à but non lucratif gérés par des conseils d'administration dont la composition serait semblable à celle des pôles sociaux exposée dans la proposition 1.

En vertu de cette approche qui viserait un accès réellement universel à l'ensemble des services de santé et des services sociaux, il faut également offrir à terme les services oculaires, dentaires et de santé mentale, au sein d'établissements publics ou d'organismes à but non lucratif.

Une telle démarche ne serait pas inédite dans l'histoire du Québec. En effet, à la suite de l'instauration de l'assurance hospitalisation au tournant des années 1960, le gouvernement québécois a procédé d'une manière similaire pour nationaliser les hôpitaux : en échange d'un financement complet de leurs activités à partir

des fonds publics, ils devaient devenir des organismes publics gérés par des conseils d'administration partiellement élus.

En outre, la création d'une assurance médicaments publique et universelle en remplacement du modèle hybride public-privé en vigueur actuellement au Québec semble incontournable. Il est largement démontré et reconnu qu'une telle initiative permettrait non seulement d'améliorer l'accès aux médicaments, mais aussi de réduire de manière substantielle les dépenses totales en médicaments<sup>24</sup>.

En terminant, notons qu'en plus des gains d'efficacité, d'accès, de qualité des services et d'équité qui seraient réalisés grâce à ces mesures, on peut s'attendre à ce que celles-ci se traduisent par une réduction des coûts, notamment en raison des économies d'échelle en ce qui a trait aux coûts administratifs et parce que ces installations ne seraient plus subordonnées à l'impératif du profit.

## PROPOSITION N° 6

# Démédicaliser le réseau : salarier les médecins et réduire leur rémunération

En plus d'un déséquilibre entre les services préventifs et de première ligne et les services de deuxième et de troisième lignes, le mal-financement du réseau se traduit par une concentration disproportionnée des ressources financières dans la rémunération des médecins. Ainsi, en 2021-2022, les quelque 21 000 médecins pratiquant dans le réseau public se sont partagé une rémunération de 8,3 G\$, ce qui représente 15 % des dépenses totales du MSSS. Quant au reste du personnel, il a dû se contenter d'une rémunération globale de 16,3 G\$, ce qui représente moins du double de celle versée aux médecins, alors que ces effectifs sont 15 fois plus nombreux. Cette même année, la rémunération individuelle moyenne des médecins a été de 392 000 \$, un montant 6,4 fois plus élevé que

le salaire de base moyen de l'ensemble des autres catégories de personnel<sup>25</sup>.

Cette surrémunération médicale, que l'on peut estimer minimalement à 2,1 G\$ pour 2021-2022, est le reflet d'un système de santé fortement centré sur les médecins, au détriment des autres services et du travail en équipes multidisciplinaires<sup>a</sup>. En effet, dans la configuration actuelle du réseau, l'accès à l'ensemble des services, même aux services non médicaux, dépend en bonne partie de l'accès à un médecin. Par exemple, la

<sup>a</sup> Ce montant correspond à une mise à jour des calculs effectués dans Anne PLOURDE et Philippe HURTEAU, Réduire la rémunération des médecins pour refinancer le réseau de la santé et des services sociaux, Fiche, IRIS, septembre 2021, [iris-recherche.qc.ca/publications/reduire-remuneration-medecins-pour-refinancer-reseau-sante-services-sociaux/](https://iris-recherche.qc.ca/publications/reduire-remuneration-medecins-pour-refinancer-reseau-sante-services-sociaux/).

possibilité de consulter les infirmières, orthophonistes, travailleurs et travailleuses sociales, et autres professionnel·le·s transféré·e·s des CLSC vers les GMF au cours des dernières années dépend de l'inscription des patient·e·s auprès des médecins du GMF, qui déterminent qui aura accès à quel service<sup>26</sup>.

L'accapement des ressources financières disponibles par la surrémunération médicale rend également plus difficile le financement adéquat de ces autres services, et notamment des services sociaux. Cela génère des difficultés d'accès à ces services et, à la manière d'un cercle vicieux, provoque en retour une augmentation des demandes en services médicaux (et de la rémunération des médecins), ce qui crée des goulots d'étranglement à l'entrée des cabinets de médecin. Ainsi, plusieurs problèmes sociaux ou de santé mentale qui devraient normalement être pris en charge par les services psychosociaux sont traités par des médecins, dont les possibilités d'intervention pour ce type de problèmes se limitent souvent à la prescription de médicaments<sup>27</sup>. C'est ce qu'on appelle la médicalisation des problèmes sociaux.

Les principaux obstacles à la démedicalisation du réseau et au rétablissement d'un équilibre plus efficace sont de deux ordres. Le premier concerne le niveau de la rémunération médicale, qui doit être réduit afin de dégager une marge de manœuvre financière facilitant le refinancement des services négligés. Au cours des 10 dernières années, cette surrémunération des médecins, attribuable aux deux tiers aux médecins spécialistes, a oscillé autour de 2 G\$.

Ce montant pourrait correspondre à la cible de réduction à atteindre.

Le deuxième obstacle se trouve dans le mode de rémunération à l'acte des médecins et dans leur statut particulier de travailleuses et travailleurs autonomes au sein du réseau. Ces privilèges accordés aux médecins, qui reviennent à en faire des entrepreneuses et entrepreneurs indépendants, sont incompatibles avec l'objectif de déprivatiser les services, et ils sont une nuisance majeure à plusieurs égards.

Ils sont liés à la perte de contrôle sur le niveau de rémunération des médecins ainsi qu'aux difficultés chroniques à orienter la pratique des médecins et à répartir les ressources médicales de manière à répondre aux besoins prioritaires de la population. En raison de l'incitatif à multiplier les actes pour augmenter la rémunération à laquelle ils sont associés, ils causent des problèmes de surdiagnostic et de surtraitement qui génèrent aussi des coûts inutiles très importants, qui se chiffrent en milliards<sup>28</sup>. Ils sont incompatibles avec une approche globale et préventive, puisque la prévention prend du temps et qu'elle est très peu payante dans un mode de rémunération qui encourage à augmenter le nombre d'interventions – et pas nécessairement leur qualité.

Mais surtout, le statut particulier des médecins et leur mode de rémunération sont un obstacle structurel fondamental au travail en équipes multidisciplinaires horizontalisées et à la délégation d'actes vers d'autres catégories de personnel. En effet, dans cette configuration, la délégation d'actes et la prise en charge des problèmes de santé et des problèmes sociaux par d'autres professionnel·le·s que les médecins signifient des pertes de revenus pour ces derniers. C'est d'ailleurs pourquoi les représentant·e·s de leur profession résistent autant à ces virages nécessaires. Or, l'amélioration de l'accès aux services passe impérativement par un recentrement du réseau sur des équipes multidisciplinaires plutôt que sur le seul corps médical.

Pour toutes ces raisons, et parce qu'il n'existe aucune justification au traitement différencié dont bénéficient les médecins, il est incontournable d'abolir ces privilèges et d'intégrer pleinement les médecins au réseau en tant qu'employé·e·s salarié·e·s.



## CONCLUSION

Dans les dernières décennies au Québec, les gouvernements successifs ont fait de la santé une de leurs priorités. Pourtant, réforme après réforme, ils n'ont réussi qu'à rendre le système plus dysfonctionnel. Non seulement ces transformations n'ont pas amélioré le réseau sociosanitaire québécois, elles ont accentué les problèmes d'accessibilité d'un système qui a largement perdu la confiance de la population tant il est désormais incapable de remplir sa mission.

Le plan de l'actuel gouvernement québécois ne propose ni plus ni moins que de reproduire la recette – et donc les écueils – des réformes passées. Or, en ayant davantage recours au secteur privé et en centralisant plus avant le système, l'actuel ministre de la Santé rendra le réseau plus inefficace encore. La population québécoise tout entière fera les frais du chaos que l'on peut anticiper suivant une telle réforme.

Face à cette approche vouée à l'échec, l'IRIS a puisé dans ses nombreux travaux de recherche en santé et propose de mettre de l'avant un plan qui peut régler les problèmes du réseau de la santé et de services sociaux plutôt que de les reconduire une fois de plus. Les six propositions que nous avons formulées permettent de rompre avec l'approche néolibérale des 30 dernières années et de renouer avec l'idéal d'un système de santé et de services sociaux efficace, digne de confiance et qui sert l'intérêt de la collectivité.

Ainsi, les six remèdes de l'IRIS pour révolutionner le réseau de la santé et des services sociaux proposent d'investir des ressources humaines et financières substantielles dans les secteurs du système où les besoins sont criants afin de réduire durablement la pression sur l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. C'est pourquoi nous privilégions une augmentation de la proportion des dépenses consacrées à la prévention ainsi qu'une intervention stratégique d'urgence dans les domaines de la santé mentale, de la santé publique, des services à domicile et du soutien au milieu communautaire. Cette hausse des investissements serait cependant temporaire et ne viserait qu'à corriger le mal-financement qui marque le système de santé et services sociaux du Québec et qui concentre les ressources au mauvais endroit.

Les remèdes que nous mettons de l'avant visent par ailleurs à rebâtir la confiance de la population en simplifiant l'accès aux services et en faisant participer la population aux prises de décisions. Ainsi, la mise en place des 400 pôles sociaux locaux permettrait de rompre avec un système centralisé qui ne parvient plus à répondre aux besoins exprimés par les communautés locales.

En outre, la déprivatisation du réseau de la santé et des services sociaux du Québec permettrait de renouer avec le principe d'universalité de l'accès aux soins et aux services. Bien que le Québec se targue d'avoir un système de santé public et universel, cette universalité est limitée

à plusieurs égards. À l'exception des services médicaux offerts par des médecins participant au régime public d'assurance maladie, aucun des services de santé et des services sociaux offerts à l'extérieur des établissements publics n'est couvert. À cet égard, notre plan permet d'entrevoir un nouvel horizon en parachevant un régime où l'ensemble des soins et des services seraient attribués en fonction des besoins et non de la capacité de payer.

Enfin, l'atteinte d'une véritable universalité d'accès ne passe pas seulement par l'extension de la gratuité à un plus large panier de services. Cet accès « universel » et gratuit aux services est actuellement limité aux citoyen·ne·s et aux personnes avec un statut d'immigration reconnu. L'universalité exclut donc les personnes dites « sans statut ». Elle exclut aussi toutes les personnes victimes de discrimination et de racisme systémique au sein du réseau, en particulier les Autochtones, les personnes racisées et les groupes minoritaires et marginalisés.

La reconnaissance de ces iniquités structurelles et l'engagement dans une démarche d'éducation et de transformation des pratiques en collaboration étroite avec les groupes concernés sont des étapes essentielles à l'atteinte d'une véritable universalité. À cet égard, le gouvernement du Québec devrait amorcer cette démarche en adoptant sans délai le *Principe de Joyce*<sup>29</sup>. Élaborée par la Nation Atikamekw à la suite du décès de Joyce Echaquan à l'hôpital de Joliette en 2020, cette déclaration vise à garantir un accès sans discrimination aux peuples autochtones au système de santé mais aussi à

mettre fin au racisme systémique dans la société.

En somme, les six remèdes de l'IRIS permettront de renverser complètement les tendances des dernières décennies et de redonner à la population un système de santé et de services sociaux efficace sur lequel elle peut compter en tout temps. À cet égard, notre plan permet d'entrevoir un nouvel horizon en parachevant un régime où l'ensemble des soins et des services seraient attribués en fonction des besoins et non de la capacité de payer.

## ANNEXE MÉTHODOLOGIQUE

### 1. NOMBRE DE POINTS PÔLES SOCIAUX (PROPOSITION N° 1)

Le nombre de pôles sociaux locaux a été déterminé en s'inspirant des normes édictées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (alors ministère des Affaires sociales) au moment de la création des CLSC en 1971. On considérait à l'époque que, pour qu'un réseau local permette de rejoindre adéquatement l'ensemble de la population, il était nécessaire de créer 1 établissement pour 10 000 habitant·e·s dans les régions rurales, et 1 pour 30 000 dans les régions urbaines.

Selon le Répertoire des municipalités<sup>30</sup>, il existe actuellement au Québec 1018 villes et villages de moins de 10 000 habitant·e·s, qui totalisent une population de 1 797 502 personnes. Si on applique à ces territoires le ratio de 1 établissement par 10 000 habitant·e·s, ce sont 180 pôles sociaux qu'il faudrait y créer. En appliquant le ratio de 1/30 000 aux 6 837 654 habitant·e·s des 111 agglomérations de plus de 10 000 habitant·e·s, on ajoute 228 pôles sociaux, pour un total de 408 (arrondi à 400).

### 2. DÉPENSES DE PROGRAMME PAR SECTEUR (PROPOSITION N° 2)

Le montant et le pourcentage des dépenses actuelles en première ligne a été déterminé à partir d'un document du MSSS ventilant les dépenses par programme et par centre d'activité pour l'année 2021-2022, ainsi qu'à partir des descriptions de chaque centre d'activité fournies par le Manuel de gestion financière du MSSS<sup>31</sup>. Ce manuel précise de quelle mission relève chaque centre d'activité : CLSC, CHSLD, centre hospitalier, centre de réadaptation, centre jeunesse. Certains centres d'activité relèvent d'une seule mission, et certains relèvent de plusieurs missions.

La démarche de calcul a suivi les étapes suivantes :

5. L'ensemble des crédits des organismes communautaires ainsi que les dépenses des centres d'activité avec une mission exclusive de CLSC (incluant la santé publique) ont été considérés comme des dépenses de première ligne, pour un total de 5,7 G\$.
6. L'ensemble des dépenses des centres d'activité sans mission de CLSC ont été considérées comme des dépenses de deuxième et de troisième lignes, pour un total de 15,6 G\$.
7. Le pourcentage des dépenses de première ligne par rapport au total des points 1 et 2 (21,3 G\$) a été établi à 27 %.

8. Le total des dépenses des centres d'activité avec plus d'une mission incluant une mission de CLSC (y compris les frais de gestion, de soutien et de bâtiments) a été établi à 8,5 G\$.
  9. Nous avons considéré que 27 % des dépenses du point 4 pouvaient être attribuées à la première ligne, pour un total de 2,3 G\$.
  10. Nous avons considéré que le reste des dépenses du point 4 pouvaient être attribuées aux deuxième et troisième lignes, pour un total de 6,2 G\$.
  11. Nous avons additionné les montants des points 1 et 5 et établi le total des dépenses de programme en première ligne, incluant les dépenses de santé publique, à 8 G\$.
  12. Nous avons additionné les montants des points 2 et 6 et établi le total des dépenses de programme en deuxième et en troisième lignes à 21,8 G\$.
- Précisons que tous les calculs excluent les dépenses exceptionnelles effectuées dans le centre d'activité « Lutte à une pandémie », qui totalisaient 45,7 M\$ en 2021-2022.

### 3. NOMBRE D'EMBAUCHES (PROPOSITION N° 3)

En 2021-2022, le total des dépenses de programme s'élevait à 29,8 G\$. Investir 13,8 milliards en santé publique et en première ligne pour atteindre la répartition 50-50 aurait pour effet de faire passer ces dépenses à 43,5 G\$, ce qui représente une augmentation de 46,3 %.

On peut considérer que la bonification massive des services dans ces secteurs exigerait une augmentation proportionnelle des effectifs du réseau de la santé et des services sociaux. En 2022, le nombre total de personnes en emploi était de 304 883, excluant les personnes employées temporairement en raison de la pandémie de COVID-19.

Compte tenu des variations considérables dans les statuts d'emploi (temps complet ou partiel), il est préférable d'utiliser le nombre d'« équivalents temps complet » (ETC) comme base pour nos estimations. Ce nombre était de 252 895 en 2022. Une bonification de 46,3 % de ce nombre équivaut à ajouter 117 090 ETC aux effectifs actuels (arrondi à 100 000).

## NOTES DE FIN

- 1 Anne PLOURDE, Plan de refondation en santé : pétard mouillé ou bombe à retardement?, Fiche, IRIS, avril 2022, [iris-recherche.qc.ca/publications/plan-de-refondation-en-sante-petard-mouille-ou-bombe-a-retardement/](https://iris-recherche.qc.ca/publications/plan-de-refondation-en-sante-petard-mouille-ou-bombe-a-retardement/); Guillaume HÉBERT et Myriam LAVOIE-MOORE, Des relents du passé dans la « révolution » du financement hospitalier, Billet, IRIS, 19 mai 2022, [iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/des-re-lents-de-passe-dans-la-revolution-du-financement-hospitalier/](https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/des-re-lents-de-passe-dans-la-revolution-du-financement-hospitalier/); Anne PLOURDE, Agence Santé Québec inc., Billet, IRIS, 29 mars 2023, [iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/agence-sante-quebec-inc/](https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/agence-sante-quebec-inc/); Myriam LAVOIE-MOORE, La coproduction des services de santé : pour qu'efficacité rime avec qualité, Fiche, IRIS, avril 2023, [iris-recherche.qc.ca/publications/coproduction-services-de-sante/](https://iris-recherche.qc.ca/publications/coproduction-services-de-sante/); Myriam LAVOIE-MOORE et Anne PLOURDE, Réforme Dubé ou comment aller plus loin dans la mauvaise direction, Billet, IRIS, 20 avril 2023, [iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/reforme-dube-mauvaise-direction/](https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/reforme-dube-mauvaise-direction/); Anne PLOURDE, Gaétan Barrette a prouvé que le privé en santé coûte plus cher que le public, Billet, IRIS, 24 avril 2023; [iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/cout-chirurgies-cliniques-privées/](https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/cout-chirurgies-cliniques-privées/); Anne PLOURDE, Réforme Dubé : portrait-robot de l'agence Santé Québec, Organigramme, IRIS, juin 2023, [iris-recherche.qc.ca/publications/organigramme-agence-sante-quebec/](https://iris-recherche.qc.ca/publications/organigramme-agence-sante-quebec/); Myriam LAVOIE-MOORE, Réforme Dubé : Le courage de l'efficacité, Billet, IRIS, 21 août 2023, [iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/dube-efficacite-sante/](https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/dube-efficacite-sante/); Anne PLOURDE, Réforme Dubé : Santé Québec, une agence pour gérer le système de santé comme une usine d'automobile, Billet, IRIS, 25 août 2023, [iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/reforme-sante-usine-automobile/](https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/reforme-sante-usine-automobile/); Anne PLOURDE, Réforme Dubé : S'inspirer d'un échec pour réformer le système de santé, Billet, IRIS, 28 août 2023, [iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/reforme-du-be-alberta/](https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/reforme-du-be-alberta/); Raphaël LANGEVIN, Réforme Dubé : Quand le privé rime avec listes allongées (1), Billet, IRIS, 7 septembre 2023, [iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/privé-et-listes-allongées-1/](https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/privé-et-listes-allongées-1/); Raphaël LANGEVIN, Réforme Dubé : Quand le privé rime avec moindre qualité (2), Billet, IRIS, 9 septembre 2023, [iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/privé-moindre-qualité-2/](https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/privé-moindre-qualité-2/); Anne PLOURDE, Réforme Dubé : Le PL15 et le mirage de la gratuité des services privés, Billet, IRIS, 12 septembre 2023, [iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/mirage-gratuite-services-privés/](https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/mirage-gratuite-services-privés/); Anne PLOURDE, Réforme Dubé : Les mini-hôpitaux privés, une vieille idée qui répète les erreurs du passé, Billet, IRIS, 19 septembre 2023, [iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/mini-hopitaux-privés/](https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/mini-hopitaux-privés/); Guillaume TREMBLAY-BOILY, Le privé en santé : une idée zombie à achever, Billet, IRIS, 5 octobre 2023, [iris-recherche.qc.ca/blogue/sante-et-services-sociaux/privé-sante-australie/](https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante-et-services-sociaux/privé-sante-australie/); Guillaume TREMBLAY-BOILY, La Colombie-Britannique montre qu'il est possible de s'éloi-

gner du privé en santé, Billet, IRIS, 12 octobre 2023, [iris-recherche.qc.ca/blogue/sante-et-services-sociaux/privé-sante-colombie-britannique/](https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante-et-services-sociaux/privé-sante-colombie-britannique/); Myriam LAVOIE-MOORE, Trois problèmes essentiels auxquels la réforme Dubé ne s'attaquera pas, Billet, IRIS, 18 octobre 2023, [iris-recherche.qc.ca/blogue/sante-et-services-sociaux/reforme-du-be-trois-problemes/](https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante-et-services-sociaux/reforme-du-be-trois-problemes/); Anne PLOURDE, Qui a peur des comités d'usagers?, Billet, IRIS, 30 octobre 2023, [iris-recherche.qc.ca/blogue/sante-et-services-sociaux/reforme-dube-comités-usagers/](https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante-et-services-sociaux/reforme-dube-comités-usagers/).

- 2 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), Dépenses par programme et par centre d'activités, 2021-2022, [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001663/](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001663/); MINISTÈRE DES FINANCES, Comptes publics 2021-2022, vol. 2, 2022, [cdn-content.quebec.ca/cdn-content/adm/min/finances/publications-adm/Comptes-publics/FR/CPTFR\\_vol2-2021-2022\\_2eEdition.pdf](https://cdn-content.quebec.ca/cdn-content/adm/min/finances/publications-adm/Comptes-publics/FR/CPTFR_vol2-2021-2022_2eEdition.pdf).
- 3 Nicholas-James CLAVET et AUTRES, Le financement du soutien à l'autonomie des personnes âgées à la croisée des chemins, Cahier de recherche, Chaire de recherche sur les enjeux économiques intergénérationnels, février 2021, [creei.ca/wp-content/uploads/2021/02/cahier\\_21\\_01\\_financement\\_soutien\\_autonomie\\_personnes\\_agees\\_croisee\\_chemins.pdf](https://creei.ca/wp-content/uploads/2021/02/cahier_21_01_financement_soutien_autonomie_personnes_agees_croisee_chemins.pdf).
- 4 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, Tendances des dépenses nationales de santé, 2022 : tableaux de données – série B, Tableau B.2.1 et B.2.2, 2022, [www.cihi.ca/fr/tendances-des-depenses-nationales-de-sante#data-tables](https://www.cihi.ca/fr/tendances-des-depenses-nationales-de-sante#data-tables).
- 5 LAVOIE-MOORE, La coproduction..., op. cit.
- 6 PLOURDE, Réforme Dubé : Santé Québec..., op. cit.; Id., Santé : la fin du règne médical annonce-t-elle une dynastie Lean?, Billet, IRIS, 20 octobre 2018, [iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/sante-la-fin-du-regne-medical-annonce-t-elle-une-dynastie-lean/](https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/sante-la-fin-du-regne-medical-annonce-t-elle-une-dynastie-lean/); Mélanie BOURQUE et Josée GRENIER, Les services sociaux à l'ère managériale, Québec, Presses de l'Université Laval, 2018; Yves COUTURIER, Dominique GAGNON et Louise BELZILE, « La nouvelle gestion publique en santé et services sociaux et l'émergence de la gestion de cas », Éducation et sociétés, 2013, vol. 2, n° 32, p. 109-122, [www.cairn.info/revue-education-et-societes-2013-2-page-109.htm](https://www.cairn.info/revue-education-et-societes-2013-2-page-109.htm).
- 7 Raphaël LANGEVIN, La pénurie d'effectifs infirmiers, un problème de santé publique, Billet, IRIS, 1<sup>er</sup> octobre 2021, [iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/la-penurie-deffectifs-infirmiers-un-probleme-de-sante-publique/](https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/la-penurie-deffectifs-infirmiers-un-probleme-de-sante-publique/).



- 8 Anne PLOURDE, *En un graphique : les déterminants de la santé*, Billet, IRIS, 15 décembre 2020, [iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/en-un-graphique-les-determinants-de-la-sante/](https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/en-un-graphique-les-determinants-de-la-sante/).
- 9 MSSS, *Dépenses par programme...*, op. cit.
- 10 Ibid.
- 11 Eve-Lyne COUTURIER, *Diagnostic de la crise en santé mentale au Québec et ses remèdes*, Note socioéconomique, IRIS, octobre 2023, [iris-recherche.qc.ca/publications/crise-sante-mentale/](https://iris-recherche.qc.ca/publications/crise-sante-mentale/).
- 12 Anne PLOURDE, *Coronavirus : et si la crise climatique était aussi considérée comme une urgence mondiale de santé publique?*, Billet, IRIS, 4 février 2020, [iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/coronavirus-et-si-la-crise-climatique-etait-aussi-consideree-comme-une-urgence-mondiale-de-sante-publique/](https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/coronavirus-et-si-la-crise-climatique-etait-aussi-consideree-comme-une-urgence-mondiale-de-sante-publique/).
- 13 Guillaume HÉBERT, *L'armée manquante au Québec : les services à domicile*, Note socioéconomique, IRIS, octobre 2017, [iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2021/03/Note\\_SAD\\_WEB\\_02.pdf](https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2021/03/Note_SAD_WEB_02.pdf).
- 14 Eve-Lyne COUTURIER et Maxim FORTIN, *Effets de la crise sanitaire sur le milieu communautaire – Portrait de la situation pour les organismes du Québec*, Étude, IRIS, mai 2021, [iris-recherche.qc.ca/publications/effets-de-la-crise-sanitaire-sur-le-milieu-communautaire-portrait-de-la-situation-pour-les-organismes-du-quebec/](https://iris-recherche.qc.ca/publications/effets-de-la-crise-sanitaire-sur-le-milieu-communautaire-portrait-de-la-situation-pour-les-organismes-du-quebec/).
- 15 Ibid.
- 16 MSSS, *Portrait du personnel des établissements publics et privés conventionnés du réseau de la santé et des services sociaux, 2021-2022, 2022*, [www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-services-sante-services-sociaux/ressources-humaines/](https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-services-sante-services-sociaux/ressources-humaines/).
- 17 En plus des publications en référence à la note 1, on peut consulter la liste suivante, non exhaustive : Guillaume HÉBERT, *Médicaments : le moment de s'émanciper du courtier?*, Billet, IRIS, 16 août 2023, [iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/regime-assurance-medicaments/](https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/regime-assurance-medicaments/); Anne PLOURDE, *L'industrie des soins virtuels au Québec*, Note socioéconomique, IRIS, janvier 2023, [iris-recherche.qc.ca/publications/soins-virtuels/](https://iris-recherche.qc.ca/publications/soins-virtuels/); Bertrand SCHEPPER et Colin PRATTE, *La finance à l'assaut des soins dentaires*, Billet, IRIS, 15 septembre 2022, [iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/la-finance-a-lassaut-des-soins-dentaires/](https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/la-finance-a-lassaut-des-soins-dentaires/); Bertrand SCHEPPER et Colin PRATTE, *Le Québec, champion des dépenses en soins buccodentaires*, Billet, IRIS, 15 septembre 2022, [iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/le-quebec-champion-des-depenses-en-soins-buccodentaires/](https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/le-quebec-champion-des-depenses-en-soins-buccodentaires/); Anne PLOURDE, *Les coûts élevés de la « médecine inc. »*, Billet, IRIS, 26 mai 2022, [iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/les-couts-eleves-de-la-medecine-inc/](https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/les-couts-eleves-de-la-medecine-inc/); Anne PLOURDE, *Bilan des groupes de médecine de famille après 20 ans d'existence – Un modèle à revoir en profondeur*, Note socioéconomique, IRIS, mai 2022, [iris-recherche.qc.ca/publications/bilan-des-groupes-de-medecine-de-famille-apres-20-ans-dexistence-un-modele-a-revoir-en-profondeur/](https://iris-recherche.qc.ca/publications/bilan-des-groupes-de-medecine-de-famille-apres-20-ans-dexistence-un-modele-a-revoir-en-profondeur/); Guillaume HÉBERT, *La progression du secteur privé en santé au Québec*, Fiche, IRIS, avril 2022, [iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2022/03/IRIS-FICHE1\\_privé-santé\\_VF.pdf](https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2022/03/IRIS-FICHE1_privé-santé_VF.pdf); Myriam LAVOIE-MOORE, *Les laboratoires d'analyse médicale*, Fiche, IRIS, avril 2022, [iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2022/03/IRIS-FICHE2\\_privé-santé-labos\\_VF.pdf](https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2022/03/IRIS-FICHE2_privé-santé-labos_VF.pdf); Myriam LAVOIE-MOORE, *Les services professionnels de santé*, Fiche, IRIS, avril 2022, [iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2022/03/IRIS\\_Serie\\_privé\\_santé\\_professionnels\\_FICHE3\\_VF.pdf](https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2022/03/IRIS_Serie_privé_santé_professionnels_FICHE3_VF.pdf); Guillaume HÉBERT, *Les rouages du secteur privé en santé*, Fiche, IRIS, avril 2022, [iris-recherche.qc.ca/publications/la-progression-du-secteur-privé-en-santé-au-québec/](https://iris-recherche.qc.ca/publications/la-progression-du-secteur-privé-en-santé-au-québec/); Katherine SCOTT, *Après deux ans de pandémie, il est urgent de réformer les soins de longue durée au Canada*, Billet, IRIS, 17 mars 2022, [iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/apres-deux-ans-de-pandemie-il-est-urgent-de-reformer-les-soins-de-longue-duree-au-canada/](https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/apres-deux-ans-de-pandemie-il-est-urgent-de-reformer-les-soins-de-longue-duree-au-canada/); Anne PLOURDE, *Les agences de placement comme vecteurs centraux de la privatisation des services de soutien à domicile*, Note socioéconomique, IRIS, janvier 2022, [iris-recherche.qc.ca/publications/les-agences-de-placement-comme-vecteurs-centraux-de-la-privatisation-des-services-de-soutien-a-domicile/](https://iris-recherche.qc.ca/publications/les-agences-de-placement-comme-vecteurs-centraux-de-la-privatisation-des-services-de-soutien-a-domicile/); Myriam LAVOIE-MOORE, *Le chèque emploi-service améliore-t-il les services à domicile au Québec?*, Fiche, IRIS, octobre 2021, [iris-recherche.qc.ca/publications/cheque-emploi-service/](https://iris-recherche.qc.ca/publications/cheque-emploi-service/); Myriam LAVOIE-MOORE, *L'industrie de la santé à Pittsburgh, un modèle à éviter*, Billet, IRIS, 19 octobre 2021, [iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/lindustrie-de-la-sante-a-pittsburgh-un-modele-a-eviter/](https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/lindustrie-de-la-sante-a-pittsburgh-un-modele-a-eviter/); Anne PLOURDE, *Les résidences pour aînés au Québec – Portrait d'une industrie milliardaire*, Étude, IRIS, juin 2021, [iris-recherche.qc.ca/publications/les-residences-pour-aines-au-quebec-portrait-dune-industrie-milliardaire/](https://iris-recherche.qc.ca/publications/les-residences-pour-aines-au-quebec-portrait-dune-industrie-milliardaire/).
- 18 PLOURDE, Gaétan Barrette..., op. cit.; HÉBERT, Médicaments..., op. cit.; PLOURDE, *Les coûts élevés...*, op. cit.; LANGEVIN, *Quand le privé rime avec moindre...*, op. cit.; TREMBLAY-BOILY, *La Colombie-Britannique...*, op. cit.
- 19 PLOURDE, *Le PL15 et le mirage...*, op. cit.; TREMBLAY-BOILY, *La Colombie-Britannique...*, op. cit.
- 20 LANGEVIN, *Quand le privé rime avec listes...*, op. cit.; PLOURDE, *L'industrie des soins...*, op. cit.; COUTURIER, *Diagnostic...*, op. cit.
- 21 LANGEVIN, *Quand le privé rime avec moindre...*, op. cit.; Guillaume HÉBERT et Myriam LAVOIE-MOORE, *Série : Le privé en santé – Un marché qui croît au détriment de l'accès aux soins*, Fiches, IRIS, avril 2022, [iris-recherche.qc.ca/publications/la-progression-du-secteur-privé-en-santé-au-québec/](https://iris-recherche.qc.ca/publications/la-progression-du-secteur-privé-en-santé-au-québec/); SCOTT, op. cit.; PLOURDE, *L'industrie des soins virtuels...*, op. cit.
- 22 COUTURIER, *Diagnostic...*, op. cit.; PLOURDE, *Bilan...*, op. cit.; PLOURDE, *Les agences...*, op. cit.; LAVOIE-MOORE, *Le chèque...*, op. cit.; PLOURDE, *Les résidences...*, op. cit.
- 23 LAVOIE-MOORE, *Les services professionnels...*, op. cit.; ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec 2020-2021, 2021*, [www.oiiq.org/documents/20147/11892088/Rapport\\_statistique\\_2020-2021.pdf](https://www.oiiq.org/documents/20147/11892088/Rapport_statistique_2020-2021.pdf).
- 24 HÉBERT, *Médicaments...*, op. cit.; Alain VADEBONCOEUR et autres, *Le régime public-privé d'assurance médicaments du Québec : un modèle obsolète?*, Note socioéconomique, IRIS, décembre 2017, [iris-recherche.qc.ca/publications/le-regime-public-privé-dassurance-medicaments-du-quebec-un-modele-obsolete/](https://iris-recherche.qc.ca/publications/le-regime-public-privé-dassurance-medicaments-du-quebec-un-modele-obsolete/).
- 25 MSSS, *Portrait du personnel...*, op. cit.; RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, *Rapport annuel de gestion 2021-2022, 2022*, [www.ramq.gouv.qc.ca/sites/default/files/documents/non-indexes/rapport-annuel-2021-2022\\_1.pdf](https://www.ramq.gouv.qc.ca/sites/default/files/documents/non-indexes/rapport-annuel-2021-2022_1.pdf) et Tableau SM.24 : Nombre de médecins, montant total et montant moyen selon la catégorie de médecins, le groupe de spécialités, la spécialité et le mode de rémunération, [www4.prod.ramq.gouv.qc.ca/1st/CD/CDF\\_DifsnInfoStats/CDF1\\_Cnsu-InfoStatsCNC\\_iut/DifsnInfoStats.aspx?ETAPE\\_COUR=3&IdPatronRapp=37&Annee=2019&Per=o&LANGUE=fr-CA](https://www4.prod.ramq.gouv.qc.ca/1st/CD/CDF_DifsnInfoStats/CDF1_Cnsu-InfoStatsCNC_iut/DifsnInfoStats.aspx?ETAPE_COUR=3&IdPatronRapp=37&Annee=2019&Per=o&LANGUE=fr-CA).
- 26 PLOURDE, *Bilan...*, op. cit.; Anne PLOURDE, *CLSC ou GMF? Comparaison des deux modèles et impact du transfert de ressources*, Note socioéconomique, IRIS, 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/).
- 27 « Des médecins dénoncent l'abus de médicaments pour traiter le TDAH », *Radio-Canada*, 31 janvier 2019, [ici.radio-canada.ca/nouvelle/1150178/pediatrie-enfant-trouble-deficit-attention-hyperactivite-traitement-medicament-quebec-canada](https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1150178/pediatrie-enfant-trouble-deficit-attention-hyperactivite-traitement-medicament-quebec-canada).
- 28 Pierre PELCHAT, « 5 milliards \$ “gaspillés” en surdiagnostics », *Le Soleil*, 3 avril 2014, [www.lesoleil.com/2014/04/03/5-milliards-gaspilles-en-surdiagnostics-ba40adce827fd96a6eebe8b55c256e78/](https://www.lesoleil.com/2014/04/03/5-milliards-gaspilles-en-surdiagnostics-ba40adce827fd96a6eebe8b55c256e78/).
- 29 CONSEIL DES ATIKAMEKW DE MANAWAN et CONSEIL DE LA NATION ATIKAMEKW, *Principe de Joyce*, Mémoire présenté au Gouvernement du Canada et au Gouvernement du Québec, novembre 2020, [principedejoyce.com/](https://principedejoyce.com/).
- 30 « Liste des municipalités », *Partenariat Données Québec*, [www.donneesquebec.ca/recherche/dataset/repertoire-des-municipalites-du-quebec/ressource/19385b4e-5503-4330-9e50-f998f5918363](https://www.donneesquebec.ca/recherche/dataset/repertoire-des-municipalites-du-quebec/ressource/19385b4e-5503-4330-9e50-f998f5918363) (consulté le 21 septembre 2023).
- 31 MSSS, *Dépenses par programme...*, op. cit.; « Normes et pratiques de gestion », MSSS, [g26.pub.msss.rtss.qc.ca/Formulaires/MGF/ListeTableMatières.aspx](https://g26.pub.msss.rtss.qc.ca/Formulaires/MGF/ListeTableMatières.aspx) (consulté le 6 octobre 2023).

<b>CRÉDITS PHOTO</b>	<b>(toutes les photos ont été transformées en noir et blanc)</b>
<b>page couverture</b>	Chuck Moravec, <i>Quebec flag 3</i> , 30 août 2015, Flickr. ⓘ
<b>page 4</b>	Can Pac Swire, <i>Montreal Ambulance</i> , 8 janvier 2017, Flickr. ⓘ ⓘ
<b>page 8</b>	Dat Tuanlam, <i>In a waiting room</i> , 8 mars 2023, Flickr. ⓘ ⓘ
<b>page 10</b>	CDC, 13 février 2020, Unsplash.
<b>page 12</b>	Memad Stojkovic, <i>Little girl with her mom looking at laptop together. Arms closeup.</i> , 30 mai 2020, Flickr. ⓘ
<b>page 14</b>	Olga Kononenko, 2 août 2019, Unsplash.
<b>page 18</b>	Árpád Czapp, 13 janvier 2022, Unsplash.
<b>page 22</b>	Jonathan Borba, 6 mai 2020, Unsplash.
<b>page 26</b>	RitaE, 25 janvier 2018, Pixabay.

**pour plus de détails** [creativecommons.org](https://creativecommons.org), [unsplash.com](https://unsplash.com), [pixabay.com](https://pixabay.com)

Cette publication est une production du Laboratoire de recherche et d'informations en santé et services sociaux (LaRISSS) de l'IRIS.

## REMERCIEMENTS

Les autrices et auteur tiennent à remercier un ensemble de personnes sans qui l'étude n'aurait pu être. Les commentaires de l'équipe de chercheurs et chercheuses de l'IRIS de même que les corrections de Fleur Neesham et de Monique Moisan ont rehaussé la qualité de cette étude, tant du point de vue de la forme que du fond. Nous leur transmettons tous nos remerciements. Toutes les erreurs se trouvant encore néanmoins dans ce texte relèvent de l'entière responsabilité des auteurs.

## IMPRESSION

Impression Reproduc,  
2177, Rue Masson, Local 107  
Montréal, QC H2H 1B1

## MISE EN PAGE

IRIS, sur un gabarit de  
Molotov – coop de travail  
2065, rue Parthenais, bureau 415, Montréal, (QC)  
H2K 3T1 514 908-9744 / [info@molotov.ca](mailto:info@molotov.ca)



Institut de recherche  
et d'informations  
socioéconomiques

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

Imprimé  
PDF

ISBN 978-2-925112-67-9  
ISBN 978-2-925112-68-6