# LES IMPACTS DE LA **NOUVELLE GESTION PUBLIQUE** SUR L'ÉVOLUTION DE LA **PREMIÈRE LIGNE** AU QUÉBEC

**RAPPORT DU CA À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES MEMBRES**

MONTRÉAL, LE 21 MAI 2014

MÉDECINS QUÉBÉCOIS POUR LE RÉGIME PUBLIC
5225 Berri, bureau 304
Montréal (Québec)
H2J 2S4
514-638-6659
info@mqrp.qc.ca
www.mqrp.qc.ca

COMITÉ DE RÉDACTION :

Arnold ABERMAN, conseiller
Camille GÉRIN, secrétaire-trésorière
Dounia KAYAL, conseillère
Mathieu ISABEL, conseiller
Isabelle LEBLANC, vice-présidente
Karyne PELLETIER, conseillère

RÉVISION ET CORRECTIONS :

Alain VADEBONCOEUR, président
Ouanessa YOUNSI, conseillère

*« Et alors vous vous posez cette question, comment se fait-il, par exemple, que les services de santé sont devenus de moins en moins abordables dans ce pays, de plus en plus de gens étant dépossédés de leur droit à la santé? Vous vous posez la question, qui s'enrichit dans cette situation? »*

DAVID HARVEY

# TABLE DES MATIERES

**Introduction** ..... **5**

**De la « gouvernance » ou la nouvelle gestion publique** ..... **6**

La pensée néolibérale ..... 6

La gouvernance en santé ..... 8

**Financement, prestation et gestion** ..... **9**

**Étude de cas : l'exemple de la première ligne au Québec** ..... **11**

Les CLSC comme modèles de l'État-providence ..... 11

La culture entrepreneuriale médicale ..... 12

*Campagne de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) contre les CLSC : à la défense d'une pratique libérale* ..... *12*

*Évolution des modèles de rémunération : le salariat en voie de disparition, instauration des primes au rendement* ..... *13*

*Médecins et modèles d'affaire* ..... *14*

**Comment la nouvelle gestion publique transforme la première ligne** ..... **15**

Succession de réformes : déstructuration permanente ..... 15

*Le virage ambulatoire : priorité à la première ligne, mal financée* ..... *16*

*Fusions : la fin d'une institution autonome* ..... *16*

*Le modèle GMF* ..... *18*

Autres outils de la nouvelle gestion publique ..... 21

*Financement à l'activité* ..... *21*

*L'assurance-autonomie : les CLSC dépossédés de leur mandat et une ouverture au FAA* ..... *23*

*Productivité* ..... *24*

**CONCLUSION** ..... **25**

# INTRODUCTION

Les services de santé de première ligne sont aujourd'hui au cœur de l'actualité québécoise. Considérée comme la base de tout système de soins et un point d'accès fondamental pour les patients, notre première ligne ne fait pourtant pas l'unanimité. Ses détracteurs lui reprochent souvent de ne pas être accessible et efficace, alors que ses défenseurs soulignent plutôt l'excellence des soins administrés. Mais personne ne conteste la nécessité d'améliorer les choses.

Médecins québécois pour le régime public ne s'est pas prononcé sur l'organisation précise de la première ligne, mais nous avons déjà eu l'occasion de réfléchir à plusieurs enjeux directement pertinents, comme le financement et la prestation des soins, les frais accessoires et le financement à l'activité, thèmes qui seront tous abordés dans ce rapport annuel.

Pour analyser l'évolution des soins de première ligne, nous organiserons notre réflexion sous forme d'une analyse des impacts de la nouvelle gestion publique, qu'on peut résumer comme une volonté de gérer l'État à la manière d'une entreprise, découlant de l'idéologie néolibérale.

Cette approche nous permettra de commenter les impacts d'une série de réformes sur les deux principales structures de première ligne au Québec, les Centres locaux de services communautaires (CLSC) et les Groupes de médecine familiale (GMF). Notre but n'est pas de comparer directement les deux modèles, mais bien d'analyser leurs transformations parallèles sous l'influence de la nouvelle gestion publique.

Nous définirons d'abord les termes et concepts utilisés dans ce rapport. Nous verrons ensuite comment le comportement des médecins et la culture médicale ont influencé les pratiques de soins en première ligne. Enfin, nous analyserons de quelle manière la nouvelle gestion publique a modifié les institutions de première ligne par une succession de réformes déstructurantes.

# De la « gouvernance » ou la nouvelle gestion publique

## La pensée néolibérale

Le modèle de gestion des services publics québécois a beaucoup changé depuis la création de notre système public de santé. Pour bien comprendre le changement de paradigme et le glissement de sens qui s'est accéléré au cours de la dernière décennie, il faut revoir et définir certaines notions fondamentales. La présente section du rapport s'attarde à l'idée de *gouvernance*, découlant du *néolibéralisme*, puis à expliquer comment elle a insidieusement transformé nos institutions publiques.

Il est ardu de définir simplement le *néolibéralisme*. S'il est vrai que cette doctrine définit notre époque, son sens et sa mise en application, qui se sont transformés depuis sa formulation au siècle dernier, sont conçus de manière variable par les penseurs et dans diverses régions du monde. Le *Petit Robert* le désigne d'abord comme « forme de libéralisme qui admet une intervention limitée de l'État »[1], le *libéralisme* étant pour sa part une « doctrine économique classique prônant la libre entreprise, la libre concurrence et le libre jeu des initiatives individuelles »[2]. Le dictionnaire nous renvoie ensuite à l'entrée « laisser-faire », l'État libéral favorisant la libre concurrence en optant pour une telle politique. Noam Chomsky propose une définition similaire, le néolibéralisme référant pour lui « aux politiques et processus par lesquels on permet à une poignée d'intérêts privés de contrôler autant que possible la sphère publique dans le but de maximiser leurs profits personnels »[3].

Au tournant des années 80, on assiste à une transformation de la théorie du néolibéralisme et du rôle conséquent de l'État, apparue d'abord au Royaume-Uni, où l'on rompt avec la notion de « laisser-faire » et la « passivité gouvernementale » pour parler dorénavant d'un État mis au service du marché. On réhabilite ainsi l'intervention publique, pourvu qu'elle soit au service du marché et de la *concurrence*. Cette nouvelle mouture du néolibéralisme se définit comme « l'ensemble des discours, des pratiques, des dispositifs, qui déterminent un nouveau gouvernement des hommes selon le principe universel de la concurrence »[4].

---

[1] Entrée « Néolibéralisme », *Le nouveau Petit Robert de la langue française*, Paris, Dictionnaires Le Robert, 2007.

[2] Entrée « Libéralisme », *op. cit.*

[3] Noam Chomsky & Robert W. McChesney, *Profit over people : Neoliberalism and global order*, New York, Seven Stories Press, 1999, p. 7 (nous traduisons).

[4] Pierre Dardot & Christian Laval, *La nouvelle raison du monde : Essai sur la société néolibérale*, Paris, La Découverte/Poche, 2009, p. 6, Dans Guillaume Hébert, *La gouvernance en santé*, Note socioéconomique, IRIS, février 2014, p. 1, récupéré de : http://www.iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2014/03/Note-Gouvernance-sante-WEB.pdf

Questionné au sujet de sa lecture du néolibéralisme et de sa mise en application actuelle, le géographe et anthropologue David Harvey en offre une définition éclairante :

> « Il y a deux choses à dire. La première, si vous voulez, concerne la théorie du néolibéralisme et la seconde sa pratique. Et elles sont plutôt différentes l'une de l'autre. La théorie est d'opinion que les libertés individuelles constituent le point culminant de la civilisation, et soutient ensuite que c'est par le biais d'une structure institutionnelle, faite de droits forts à la propriété privée, de libre marché et de libre échange, que ces libertés individuelles peuvent s'accomplir et être protégées : un monde dans lequel l'initiative individuelle peut prospérer. Ceci fait en sorte que l'État devrait limiter son implication dans l'économie, mais devrait tout de même utiliser son pouvoir pour préserver le marché et le droit à la propriété privée, en plus de promouvoir ces concepts au plan mondial si nécessaire. »[5]

Cette redéfinition du rôle de l'État, mis au service de la concurrence, suppose en retour un nouveau modèle de gestion publique, qu'on appellera *gouvernance*. Selon le chercheur Alain Deneault, la gouvernance désigne « la volonté politique d'adapter les institutions aux besoins de l'entreprise elle-même, afin de l'aider, elle, à prendre son essor et à performer aux plans national et mondial, étant entendu que c'est du développement de celle-ci que dépend celle du corps public dans son ensemble »[6]. Deneault explique plus loin qu'en régime de gouvernance, la vie « publique » se compose uniquement de « partenariats » entre ces partenaires aux pouvoirs inégaux que sont le secteur privé, le gouvernement et la société civile. Ces partenariats ont pour objectif de hisser les projets d'intérêts privés « au rang d'objectifs communs et d'amener les acteurs marginaux de la société civile à y reconnaitre leurs propres intérêts »[7].

> « Le gouvernement, restreint lui-même au simple rôle de partenaire dans l'ordre de la gouvernance, n'encadre plus l'activité publique, mais y participe à la manière d'un pair. Il se voit donc lié au consensus qui se dégage des groupes de discussion donnant la part belle aux plus forts – lire les multinationales, les investisseurs privés et les défenseurs des intérêts particuliers. »[8]

En régime de gouvernance, l'État « n'abdique pas ses pouvoirs, mais les met au service de ce qui ne regarde plus du tout le bien public ni la conscience sociale »[9]. C'est sous cette forme que nous connaissons maintenant le néolibéralisme.

Nous ne pouvons que constater que nous sommes aujourd'hui en rupture avec le modèle d'État-providence qui a défini le Québec au sortir de la Révolution tranquille et a notamment donné naissance au système public

---

[5] David Harvey, (19 juin 2006). Entrevue avec Sasha Lilley : « On Neoliberalism : an interview with David Harvey », Dans *MRZine,* récupéré de http://mrzine.monthlyreview.org/2006/lilley190606.html, (nous traduisons).

[6] Alain Deneault, *Gouvernance : Le management totalitaire*, Montréal, Lux Éditeur, 2013, p. 12

[7] *Ibid*., p. 68

[8] *Ibid*., p. 81

[9] *Ibid*., p. 82

de santé. Les notions de « services publics », de « solidarité » et de « justice sociale » ont été graduellement évacuées du discours politique, pour faire place à un nouveau vocabulaire, de type entrepreneurial. Le glissement sémantique est flagrant : « patient » est devenu « client », l'accessibilité universelle des soins, financée par l'impôt sur le revenu, fait place au principe « d'utilisateur-payeur », la qualité des soins relève « d'indicateurs de performance », un employé n'est plus une « ressource » mais un « capital », et ainsi de suite.

## LA GOUVERNANCE EN SANTÉ

Sous couvert de réaffirmer la nécessité d'une saine gestion des institutions publiques, la *nouvelle gestion publique* se traduit essentiellement par trois concepts clés : (1) la volonté de gérer l'état à la manière d'une entreprise et la création de marchés internes, (2) la mise en œuvre de mécanismes de surveillance et de reddition de comptes visant à assurer l'efficacité du système, c.-à-d. les indicateurs de performance, et (3) la privatisation des services publics. Voyons maintenant de façon plus concrète comment la mise en application de ces trois concepts transforme actuellement le système de santé québécois[10].

La prémisse de base de la nouvelle gestion publique (NGP) suppose une équivalence entre gestion privée et gestion publique. Administrer un système de santé et une entreprise privée serait donc similaire du point de vue de la gestion. Une seconde prémisse prétend que les modèles de gestion privée de type « entrepreneurial » sont plus efficaces que la gestion publique traditionnelle, cette dernière étant considérée trop « lourde ». Enfin, si l'État est bien une sorte d'« entreprise » et que les citoyens en deviennent les « consommateurs », la santé se transforme et devient une marchandise comme les autres.

On assiste donc à un changement fondamental de la définition des services publics, qui ne visent plus désormais un objectif « juste » et « universel », mais souhaitent plutôt répondre à des demandes et besoins de plus en plus corporatistes. Ainsi, la composition des différents conseils d'administration du réseau de la santé se modifie pour que des représentants issus d'intérêts privés y occupent une majorité de sièges, au détriment de ceux représentants la société civile et les milieux cliniques.

De cette gestion entrepreneuriale émerge un autre concept important de la NGP, celui de *performance*. Les gouvernements des vingt dernières années ont successivement implanté des réformes au sein du réseau québécois de la santé et des services sociaux, chacune nécessitant pourtant du temps afin d'en compléter l'implantation et pour qu'elle puisse donner des résultats tangibles. Mais au nom d'un besoin de résultats rapides, visant à en démontrer l'efficacité, par exemple grâce à une productivité accrue, chaque réforme est rapidement remplacée par une autre, conduisant à ce qu'on pourrait appeler une « réformite aigue ». Cette

[10] Il nous faut mentionner l'excellente note socioéconomique publiée par l'IRIS au sujet de la gouvernance en santé (IRIS, février 2014). Nous vous réfèrerons à cette publication pour une lecture plus complète à propos de la gouvernance.

succession de transformations fragilise le système, en le maintenant dans un état d'instabilité plus ou moins permanente.

Un autre postulat important de la pensée néolibérale est que la *concurrence* assure une plus grande efficacité. Ainsi, placer les systèmes, les établissements et même les employés du réseau de la santé en concurrence conduirait donc à l'amélioration de la performance de l'ensemble du système. C'est de ce discours qu'émergent de nouvelles méthodes de financement, comme le financement à l'activité (FAA) - qui vise à créer un marché interne entre les hôpitaux - et de nouvelles méthodes « d'optimisation » et d'évaluation du rendement des établissements de soins et des employés, comme la méthode LEAN.

Enfin, nous assistons à une *privatisation* décomplexée des services de santé québécois. Par exemple, le régime d'assurance médicaments du Québec garantit un vaste marché privé, en limitant la couverture publique; la réaction au jugement Chaoulli, ayant ouvert la porte à l'assurance privée duplicative; la construction de méga-hôpitaux et des CHSLD en partenariat public-privé (PPP); la croissance d'un réseau de cliniques médicales strictement privées; la sous-traitance à des agences de prestation privée en milieu hospitalier; les compressions dans le financement public de la recherche au profit d'une recherche financée par et pour les besoins de l'industrie pharmaceutique. On le voit, les exemples sont nombreux.

Ce renversement idéologique, passage de l'État-providence à l'État entrepreneurial néolibéral, est une menace pour notre système de santé et son universalité. Ce rapport permettra d'analyser l'évolution de l'organisation de la première ligne au Québec et de comprendre comment ce discours néolibéral, à travers la gouvernance, change radicalement la nature du système de santé et de services sociaux québécois. Nous utiliserons la transformation de la première ligne comme exemple de la mise en application de la nouvelle gestion publique.

## FINANCEMENT, PRESTATION ET GESTION

Il est essentiel de définir et de bien comprendre les éléments organisationnels du système avant d'aller plus loin. Si on peut analyser l'organisation et le caractère public ou privé d'un système de santé sous plusieurs angles, il importe de distinguer d'abord si on parle de financement ou de prestation, puis de parler de gestion et d'administration.

Le *financement* se résume à l'opération d'octroi des ressources financières dans le système. Il peut être public, soit tiré à même le budget de l'État, ou bien privé, lorsque le patient paie de sa poche ou que son propre régime d'assurance règle une partie ou l'intégralité de la facture.

La *prestation* des soins de santé, quant à elle, correspond à la manière d'organiser et de fournir les soins et fait intervenir une multitude d'acteurs. D'une part, on retrouve des prestataires publics de soins qui sont du

ressort de l'État, tels les centres hospitaliers (CH), les CLSC, les CHSLD et autres institutions publiques liées aux CSSS. L'essentiel de leur financement provient des fonds publics, mais une partie peut venir des patients (contributions, assurances privées) ou même d'organismes (fondations). On retrouve d'autre part des prestataires privés de soins, à but lucratif ou non. Il s'agit des cliniques médicales, des pharmacies, des professionnels de la santé en solo ou en groupe, des agences privées de personnel, des organismes communautaires et des entreprises d'économie sociale. Ces prestataires peuvent recevoir à la fois du financement public (médecins payés par la RAMQ) ou privé (contribution des patients ou assurances privées).

Distinguer prestation et financement aide à clarifier certaines ambigüités du langage courant. Lorsqu'on parle d'un médecin dans son cabinet « privé », on parle en général d'un médecin participant à la RAMQ (financement public) et propriétaire de son cabinet hors établissement (prestation privée, dite « conventionnée »). Par contre, le terme « clinique privée-privée » désigne plutôt un lieu où les médecins sont non-participants et où le patient défraie la totalité des coûts de ses soins, contribuant ainsi aux profits si la clinique est à but lucratif. En ce cas, à la fois le financement et la prestation y sont privés.

En première ligne, on constate que les sources de financement sont encore très majoritairement publiques pour ce qui est de l'accès aux soins médicaux (si l'on excepte les frais accessoires et les montants versés aux médecins non participants), mais demeurent en bonne partie privées pour ce qui est de l'accès aux services d'autres professionnels de la santé.

Quant aux soins de première ligne, le seul prestataire public de soins est le CSSS, par le biais des CLSC et unités de médecine familiale (UMF). Cependant, ce modèle de prestation publique est en évolution, avec la possibilité pour les CLSC et les UMF d'adhérer au modèle des GMF, un modèle en croissance depuis une décennie. La majorité des soins médicaux de première ligne sont actuellement prodigués en prestation privée via les cabinets, organisés ou non en GMF.

La définition traditionnelle de la prestation inclut l'aspect clinique (la prestation des services) et le volet administratif de la clinique ou de l'établissement (la gestion). Et pour mieux comprendre les nouvelles formes d'organisation du système de soins de santé primaires, il apparait important d'analyser la *gestion/administration* comme un élément distinct qui peut être privé, publique ou mixte. Dans le cas des GMF, la gestion est principalement faite par le groupe de médecins. Cependant, elle est mixte, puisqu'elle est également du ressort du public via le CSSS qui octroie une partie des professionnels de la santé oeuvrant en GMF.

Il n'est donc pas toujours facile de s'y retrouver, car il y a mélange des genres; tant du côté des prestataires publics (des CLSC qui deviennent GMF) que des prestataires privés (les GMF en lien avec le CSSS), les frontières deviennent plus « floues » entre privé et public. Ceci peut donc contribuer à intégrer un

fonctionnement privé au coeur des institutions publiques ou, inversement, une part de gestion publique au sein du modèle privé.

Ce que nous appelons “gestion publique” a beaucoup évolué dans les dernières décennies sous l’influence néolibérale. En effet, la *nouvelle gestion publique* propose une vision et une gestion entrepreneuriale de l’institution publique qu’est le système de santé et de services sociaux. Or, afin que les bénéfices d’un financement et d’une prestation véritablement publics se réalisent, nous sommes d’avis qu’il faut aussi une gestion réellement publique, reposant sur une volonté gouvernementale de travailler pour le bien commun de la population plutôt qu’au service des marchés. C’est une tâche difficile, notre époque ayant mélangé les notions distinctes de bien commun et d’intérêt privé.

# ÉTUDE DE CAS : L’EXEMPLE DE LA PREMIÈRE LIGNE AU QUÉBEC

## LES CLSC COMME MODÈLES DE L’ÉTAT-PROVIDENCE

Les CLSC furent créés pendant une période assez particulière de notre histoire. Bien que le projet initial n’ait jamais entièrement pris forme, il est intéressant de s’attarder à un bref historique de leur mise en place afin de mieux comprendre d’une part la vision de la santé qu’ils avançaient et d’une autre, les mécanismes qui conduiront à leur relatif échec en ce qui a trait aux services de première ligne.

C’est durant la décennie effervescente de la Révolution tranquille que sont conçus et déployés plusieurs institutions et programmes laïques et progressistes. L’assurance hospitalisation voit le jour en 1961 et l’assurance maladie en 1970. De 1966 à 1970, la Commission d’enquête sur la santé et le bien-être social, mieux connue sous le nom de Commission Castonguay-Nepveu, est chargée d’étudier l’ensemble des secteurs de la santé et des services sociaux. Les commissaires recommandent alors la mise en place d’un système public, gratuit, accessible et universel et adhèrent à une nouvelle conception de la médecine basée sur la santé et non sur la maladie. Ces travaux aboutissent à la création des premiers CLSC en 1972, dont le rôle se définit alors comme suit :

> « Le CLSC est un établissement autonome qui jouit d’une indépendance complète par rapport aux hôpitaux et aux centres de services sociaux (CSS) nouvellement créés, tout en étant financé à cent pour cent par le ministère des Affaires sociales. Il détient le mandat d’offrir toute la gamme de soins de santé et de services sociaux généraux à la population d’un territoire déterminé avec des équipes pluridisciplinaires. »[11]

[11] Benoit Gaumer & Georges Desrosiers, « L’Histoire des CLSC au Québec : reflet des contradictions et des luttes à l’intérieur du Système », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 10, n° 1, 2004, p. 54

Une fois le réseau complété, les CLSC doivent répondre à 80% de la demande de services de première ligne sur un territoire donné grâce à la création projetée de 200 unités en régions urbaines et rurales. Le mode d'implantation du modèle initial des CLSC est fort original. En petit groupe, les citoyens intéressés par les enjeux de santé de leur communauté identifient d'abord les besoins, puis reçoivent un premier budget d'implantation, qui permet d'analyser les problématiques sociosanitaires du territoire, après avoir consulté la population. Une négociation budgétaire a lieu par la suite avec le gouvernement, afin de développer et d'assurer la prestation de services. Ce mode de gestion des CLSC des années 1970 favorise la participation citoyenne, mais a généré une multitude de modèles différents et a produit en conséquence des programmes hétérogènes au sein du réseau.

En 1975 nait la Fédération des CLSC, dont le rôle sera de « faire reconnaitre les jeunes organisations qu' [elle] représente, vaincre le scepticisme des politiciens, corriger la vision plutôt défavorable colportée par les médias et se faire connaitre de la population »[12]. Le congrès de la Fédération des CLSC de 1980 aboutit à la définition de différents programmes, dont le maintien à domicile, un axe demeuré très important dans la mission des CLSC. Les années 80 mènent ensuite au parachèvement du réseau des CLSC.

## La culture entrepreneuriale médicale

Si l'objectif de ce rapport est surtout de comprendre l'évolution des modes de gestion et d'organisation du système de soins primaires du point de vue politique, l'évolution de la première ligne a aussi été fortement influencée par le comportement des médecins et la culture médicale.

### Campagne de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) contre les CLSC : à la défense d'une pratique libérale

Une partie de l'échec du modèle initial du CLSC s'explique en effet par le refus de la communauté médicale d'y adhérer pleinement. Dès sa création, le modèle des CLSC fut perçu comme une menace par la communauté médicale. Destinés à devenir la porte d'entrée du système, les CLSC venaient remettre en question le rôle des cabinets d'omnipraticiens. En opposition à une pratique libérale en cabinet rémunérée à l'acte, la pratique médicale en CLSC rémunérée à salaire, si elle se généralisait, représentait un danger, à la fois pour le niveau et pour le type de rémunération des médecins omnipraticiens. De plus, le fait de pratiquer dans un établissement public ne comprenant pas, à ses débuts, de CMDP, dans lequel le médecin ne détenait donc pas de pouvoir administratif, était perçu comme une menace à l'autonomie professionnelle. Dans ce contexte, la campagne de boycottage des CLSC lancée par la FMOQ en 1973 et le développement parallèle du modèle des cliniques médicales privées et d'un réseau de polycliniques n'ont jamais permis à la pratique

[12] *Ibid.,* p. 57

médicale en CLSC de se développer entièrement. Plus tard, le modèle des GMF s'est imposé dans la même veine d'une prestation privée financée publiquement.

Cette campagne « Objectif 73 » de la FMOQ avait un but fort simple : empêcher que les omnipraticiens travaillent dans les CLSC. Le ministère de la Santé et des Services sociaux venait tout juste de créer ces établissements de soins et voulait en faire la porte d'entrée du nouveau système de santé du Québec, une idée tout à fait novatrice, mais qui dérangeait. Il désirait en outre transformer les médecins en salariés. Les enjeux étaient donc majeurs. « Un salarié dépend de son patron, explique le Dr Georges Boileau, ex-directeur général adjoint à la FMOQ et ancien directeur des Communications. Le médecin est un professionnel autonome. Il n'a de comptes à rendre qu'à son patient. On se dirigeait vers la domination du médecin et la prise de contrôle de la médecine par les hauts fonctionnaires. La Fédération a donc 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. »[13]

## Évolution des modèles de rémunération : le salariat en voie de disparition, instauration des primes au rendement

Initialement, les médecins pratiquant en CLSC étaient salariés. Cette rémunération « à honoraire fixe » était versée selon le nombre d'heures travaillées. S'ajoutaient à ce salaire des avantages sociaux, tandis que les prélèvements directs de l'impôt étaient effectués. Au fil des ans, ce mode de rémunération s'est transformé. Le fait que l'Association des médecins de CLSC (AMCLSC) devienne membre à part entière de la FMOQ en 1976, la reconnaissant comme seul agent négociateur de tous les médecins omnipraticiens, n'y est probablement pas étranger. La rémunération à taux horaire, sans déductions ni avantages sociaux, a été introduite en 1994, avec possibilité d'opter pour une facturation à l'acte pour certaines activités comme le sans rendez-vous. Aujourd'hui, le modèle de salariat du médecin semble être amené à disparaitre, les médecins ne pouvant plus opter pour un mode de rémunération à honoraire fixe depuis 2011 à moins d'avoir été préalablement rémunéré ainsi[14]. Enfin, les négociations actuelles tendent vers un mode de rémunération mixte en CLSC, avec abolition du tarif horaire. Récemment, des mesures incitatives à la prise en charge ont aussi été introduites pour tous les omnipraticiens, incluant ceux en CLSC, les médecins touchant un supplément lors de l'inscription d'un nouveau patient et à chaque visite de suivi d'un patient dit vulnérable[15]. De plus, des mesures dites "d'efficience" ont été mises en place afin de permettre aux médecins

[13] Dr Georges Boileau, (31 mars 2014). Entrevue avec Francine Fiore Dans « La Polyclinique médicale Concorde, une véritable institution », *Le Médecin du Québec,* vol. 4, 2014, récupéré de http://lemedecinduquebec.org/archives/2014/4/la-polyclinique-medicale-concorde-une-veritable-institution/

[14] Source : RAMQ

[15] Pour plus de détails sur les « mesures d'efficience » et les montants forfaitaires négociés, nous vous invitons à vous référer à l'Infolettre No 58 de la RAMQ (7 juin 2013) : http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/infolettres/2013/info058-3.pdf

omnipraticiens de toucher des suppléments selon le volume de patients inscrits à leur nom, la polyvalence de leur pratique et le nombre de journées travaillées.

On voit donc que ces modèles de rémunération basés uniquement sur le temps travaillé et non sur la quantité de patients vus sont largement remis en question.

## Médecins et modèles d'affaires

Le système de santé a longtemps gravité autour du médecin oeuvrant en solo dans son cabinet. Il s'est ouvert ensuite à un autre type de structure où les médecins étaient des travailleurs parmi d'autres dans les CLSC. Or, depuis une vingtaine d'années, on voit les nouvelles structures se recentrer autour du médecin qui devient gestionnaire, administrateur, homme ou femme d'affaires et même ministre. L'attitude entrepreneuriale de certains médecins est dorénavant encouragée par l'incorporation, à la base une mesure fiscale par laquelle le médecin devient une entreprise à lui seul, et par la recherche de maximisation du revenu comme élément central du discours des Fédérations.

Le modèle contractuel du GMF et des autres structures confirme aussi le rôle du médecin comme entrepreneur, phénomène amplifié par les « primes au rendement » que tous les omnipraticiens peuvent maintenant recevoir. Ce modèle entrepreneurial favorise le développement d'une vision marchande de la santé de même que la recherche de profits, une notion bien différente de celle de la rémunération. On voit donc apparaitre de nouvelles structures médicales à but lucratif. Par exemple, des médecins participants proposent des services de forfaits "VIP" avec bilans de santé payés très cher. Également, on note une augmentation des médecins omnipraticiens non participants et le développement d'un réseau de cliniques privé.[16]

Le recours accru aux larges structures privées de prestation de soins médicaux entraine également le risque de voir évoluer la mixité de pratique sous un même toit : dans une même clinique, on pourra retrouver des omnipraticiens non participants et des médecins spécialistes participants, ce qui donnerait au patient capable de défrayer les coûts un accès privilégié au médecin spécialiste, moyennant le paiement d'une consultation avec l'omnipraticien non participant. Dans une structure à but lucratif, on pourrait même voir se multiplier les incitatifs à faire des consultations superflues. On retrouve d'ailleurs un dérivé de ce modèle dans les cliniques où travaillent des médecins participants à la RAMQ avec d'autres professionnels de la santé dont les soins ne sont pas couverts. Il existe là un risque de référence entre médecins et autres professionnels de la santé dans le seul but de générer des profits, réinvestis dans la clinique ou non.

Dans les modèles à prestation privée comme les cabinets de médecins, où les coûts de fonctionnement sont assumés principalement par les médecins, on voit proliférer les pratiques de facturation de frais accessoires

[16] De 13 en 1988, le nombre d'omnipraticiens non participants est passé à 43 en 2005, 123 en 2010 et 201 en 2014. Source : RAMQ, Liste des professionnels de la santé non participants ou désengagés.

illégaux et abusifs aux patients, manière détournée de couvrir les coûts de fonctionnement ou de dégager une marge supplémentaire de profit. Ces frais facturés pour des soins médicalement nécessaires sont contraires au principe d'universalité des soins à la base de notre système de santé, une telle barrière augmentant l'iniquité d'accès aux soins. C'est dans les cabinets et cliniques hors établissement qu'on retrouve les frais accessoires les plus abondants. Même si les médecins pratiquant en établissement peuvent également facturer certains frais à leurs patients (formulaires d'assurance, services non couverts[17], cela est moins commun, car ils ne peuvent facturer pour le coût des médicaments administrés, n'ont pas de coût de fonctionnement à assumer et ont moins tendance à y fournir des services non assurés ou non médicalement nécessaires.

# COMMENT LA NOUVELLE GESTION PUBLIQUE TRANSFORME LA PREMIÈRE LIGNE

## SUCCESSION DE RÉFORMES : DÉSTRUCTURATION PERMANENTE

*"L'entreprise passe d'une logique de planification à long terme dans un environnement stable à une logique d'adaptation permanente dans un environnement instable."*[18]

Le modèle de CLSC initialement prévu n'a donc pas été mis en place, non seulement à cause de la résistance du milieu médical, mais également en raison de plusieurs réformes qui ont touché l'organisation des soins.

La première réforme notoire fut celle inspirée par le rapport Brunet. En mars 1987, dans un contexte d'austérité, un comité de réflexion et d'analyse des services dispensés par les CLSC suggère de resserrer la mission des CLSC en coupant les budgets, pour ne garder que ce qui apparait essentiel. Cette réduction des services des CLSC pave la voie à une croissance parallèle de services privés. Le rapport Brunet affirme également la primauté des services individuels inspirés du modèle médical, au détriment de l'action communautaire et collective, ce qui soulève la colère des intervenants des CLSC et plus particulièrement des organisateurs communautaires qui militent alors pour maintenir le statut spécifique de chaque CLSC et ainsi protéger les services de proximité enracinés dans la communauté.

[17] Mais à un tarif moindre s'ils suivent la grille tarifaire de l'AMCLSC.

[18] Inspection du travail / ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville, Rapport soumis au procureur de la République, 4 février 2010, http://asset.rue89.com/files/rapport_france_telecom_0.pdf, p. 6, Dans Alain Deneault, *Gouvernance : Le management totalitaire, op. cit.* p. 60

## Le virage ambulatoire : priorité à la première ligne, mal financée

Dès 1995, le virage ambulatoire est décrété par le ministre Marc-Yvan Côté et son successeur, le ministre Jean Rochon. Ce virage ambulatoire, qui vise à « désengorger le système hospitalier », repose en bonne partie sur les CLSC, entrainant un besoin de restructuration et le développement des services ambulatoires et à domicile. Or, cette transformation du réseau étant contemporaine à la recherche du déficit zéro et aux contraintes budgétaires conséquentes, elle n'a pas été suffisamment financée par le gouvernement. « Cette période a donc été intense sur le plan de la restructuration et de l'élaboration de nouvelles façons de faire, car l'augmentation de la demande n'impliquait pas nécessairement une augmentation des ressources disponibles »[19]. Le manque de ressources financières et son effet sur les effectifs empêchent les CLSC de bien répondre à l'augmentation de la demande et entrainent un recours accru au personnel d'agences privées[20], notamment pour le service de soutien à domicile, ouvrant la voie à la privatisation de la prestation des services.

## Fusions : la fin d'une institution autonome

En 2003, moins de dix ans après ce virage ambulatoire, la Loi 25 votée par le gouvernement libéral est à l'origine d'une autre réforme majeure du réseau. Pilotée par Philippe Couillard, alors ministre de la Santé et des services sociaux, elle conduit une fusion majeure des établissements de santé (CLSC, CH et CHSLD) sur un territoire donné, et leur intégration en une nouvelle structure nommée Centre de santé et de services sociaux (CSSS). Le CSSS et ses partenaires sont ensuite organisés en Réseaux locaux de services (RLS), comprenant des organismes communautaires, des cliniques médicales, des pharmacies et d'autres ressources privées. Les services de première ligne et les services spécialisés sont donc maintenant intégrés à l'intérieur de programmes communs afin de favoriser l'accès et la continuité des services. Les effets de cette réforme ont été multiples, mais restent encore assez peu évalués. Quelques conséquences paraissent directement liées aux principes de nouvelle gestion publique.

Avec la fusion des établissements de santé en CSSS, la gestion des CLSC s'est éloignée des citoyens. Rappelons que les CLSC jouissaient initialement « d'une indépendance totale par rapport aux hôpitaux et aux centres de services sociaux » et que « l'accent [était] mis sur la prévention, le décloisonnement professionnel et la prise

[19] Jean-Pierre Marcotte & Amélie Cournoyer, *Le CLSC Drummond : 25 ans déjà!, La* Société d'histoire de Drummond, 2010, p. 35, récupéré de : http://www.csssdrummond.qc.ca/Televersements/Documents/Informations_generales/CLSC_livre_25_ans.pdf

[20] « Les CLSC ont recours aux agences depuis 10 ou 15 ans pour l'aide à domicile. Ce recours s'est cependant intensifié avec les transformations récentes du système de santé. En encourageant le soutien à domicile, le virage ambulatoire a fait monter en flèche la demande de personnel aidant ».
Source : Hélène David, Esther Cloutier & Sara La Tour, *Le recours aux agences privées d'aide à domicile et de soins infirmiers par les services de soutien à domicile des CLSC*, Rapport de l'IRSST, 2003, p. 8, récupéré de : http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/r-346.pdf

en charge par les citoyens de leurs problèmes sociaux et sanitaires »[21]. Les conseils d'administration des CLSC comprenaient, dans le modèle initial, quatre membres sur treize élus par la population. Avec les fusions, les conseils d'administration des CLSC ont été abolis et les CLSC ont été regroupés sous l'administration commune du CSSS avec les centres hospitaliers et les CHSLD, éloignant d'autant plus le pouvoir de décision des citoyens. Et depuis le projet de loi 127 voté en 2011, les conseils d'administration des CSSS ne comprennent plus que deux membres indépendants élus par la population, réduisant d'autant la représentation citoyenne. Les établissements publics locaux, financés par des fonds publics venant du gouvernement provincial, perdent ainsi l'avantage d'avoir des conseils d'administration composés de citoyens élus imputables à leurs commettants locaux. De plus, les membres des conseils d'administration des Agences régionales ne seront plus élus, mais plutôt désignés par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Or, un survol rapide des membres de ces conseils d'administration montre une prépondérance de noms issus du secteur privé (banques, entreprises, grandes multinationales) sans lien avec le milieu de la santé. Ces différentes modifications entrainent une perte de contrôle des instances locales et de la population sur la planification et l'organisation des services. À cet égard, il est intéressant de lire cet extrait d'un rapport d'évaluation de l'implantation des RLS produit par le MSSS en 2010 [22] :

> « Certains membres des conseils d'administration seraient quelque peu désillusionnés en ce qui a trait à leur rôle et à leur contribution. La prépondérance de la mission hospitalière dans les discussions, le grand nombre de sujets à l'ordre du jour, le peu de temps pour les approfondir et le peu de pouvoir réel sur les décisions viennent ternir le portrait quant au nouveau mode de fonctionnement des conseils d'administration. De plus, le CSSS est divisé entre les attentes de la population locale et les « commandes » venues de l'agence ou du Ministère ».

Malgré la reconnaissance du rôle essentiel que doit jouer la première ligne dans l'organisation des soins, la fusion en CSSS ne se traduit pas non plus par une augmentation significative du financement de la première ligne.[23] Les fusions contribuent ainsi au maintien d'une vision hospitalo-centriste de l'organisation des soins. Depuis les fusions, la fermeture de certains points de service et la concentration de certains programmes ou professionnels dans des points de services excentrés compromettent la mission locale et de services de proximité.

Le développement du réseau avec différents prestataires privés de soins fragmente l'offre de soins. En effet, bien que les différents acteurs soient organisés en réseau via les RLS, ils ne sont pas imputables au CSSS. L'offre de soins dans des structures privées risque d'être développée de façon moins coordonnée et

---

[21] Jean-Pierre Marcotte & Amélie Cournoyer, *Le CLSC Drummond : 25 ans déjà!, op. cit.,* p. 28

[22] Direction de l'évaluation / Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Gouvernement du Québec, 2010, pp. 42-43, récupéré de : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-722-01.pdf

[23] Dans les cinq dernières années, la proportion des dépenses des CSSS consacrées à la première ligne a même diminué, passant de 26.02% en 2008-2009 à 24.46% en 2012-2013.
Source : données obtenues auprès du MSSS.

pertinente que dans une structure publique intégrée dont le premier mandat est de répondre aux besoins de la population. On voit aussi apparaitre une multitude d'acteurs dans le réseau qui veulent pallier les difficultés d'accès de la première ligne, mais sans toujours le degré de concertation requis : pharmaciens, infirmières cliniciennes et infirmières praticiennes spécialisées.

Bien que les services de santé et services sociaux des CLSC continuent à rejoindre une grande partie de la population[24], il faut constater que les portes d'entrée dans le système de santé sont toujours multiples et que le CLSC n'en est qu'une, minoritaire, parmi plusieurs autres. Comme nous l'avons vu, les réformes successives du virage ambulatoire puis de la fusion en CSSS ont dépossédé les CLSC de leur mission et de leurs rôles initiaux. L'introduction du modèle GMF est une autre réforme, contemporaine à celle des fusions, venue consolider le développement des services médicaux de première ligne en prestation de type privée.

## Le modèle GMF

Une autre réforme majeure de l'organisation des soins de santé de première ligne, la création des GMF, a été proposée en 2000 par la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, mieux connue sous le nom de Commission Clair, puis implantée par le ministre François Legault. À première vue, le rapport Clair fait peu de concessions aux courants politiques souhaitant alors que le Québec effectue un virage plus net vers la privatisation des services de santé. Le rapport appuie donc le maintien d'un financement public du système de santé et de services sociaux. Par contre, le modèle proposé emprunte le discours et les concepts de la nouvelle gestion publique, ouvrant la porte à des dérives potentielles.

Les GMF regroupent des omnipraticiens provenant d'une clinique, d'un CSSS (CLSC), d'une UMF, ou encore d'une combinaison de divers milieux. Ils comptent également sur l'implication des infirmières bachelières provenant des CSSS (mais sous l'autorité fonctionnelle du GMF), du personnel administratif (secrétaire, adjoint administratif) financé par le MSSS et engagé par le GMF et, depuis 2011, d'autres professionnels de la santé (pharmaciens, physiothérapeutes, psychologues, etc.). Un GMF a une « clientèle » variant entre 9 000 et 30 000 patients. Il doit être rattaché à un CSSS et avoir un comité de gestion interne[25]. C'est donc un modèle à prestation privée, gestion partagée entre le groupe de médecins et le CSSS et financement public.

On note l'apparition dans le rapport Clair du jargon des nouvelles politiques de gestion ainsi qu'une ouverture au financement à l'activité (FAA) et au secteur privé :

[24] En 2011, 2.3 millions de québécois ont utilisé les services de leur CLSC.
Source : Banque de données des statistiques officielles sur le Québec, récupéré de : http://www.bdso.gouv.qc.ca/pls/ken/Ken213_Afich_Tabl.page_tabl?p_iden_tran=REPERCPUHVM45-104260872919EzBt&p_lang=1&p_id_raprt=2526

[25] Nous vous référons au *Guide d'accompagnement pour devenir un groupe de médecine de famille (GMF)*, publié par le Gouvernement du Québec en mai 2009 et disponible ici : http://www.csssqn.qc.ca/fr/emplois/examens-preparatoires-gmf-crq/guide-d-accompagnement-devenir-un-groupe-de-medecine-de-famille-gmf.download

« Au lieu de l'exclusion du secteur privé, s'instaurera le *partenariat* là où il peut contribuer à assurer l'économie, l'*efficience* et *l'efficacité* du système et donc sa pérennité. Le partenariat sera aussi à la base de la relation du réseau avec le tiers secteur. Les rapports entre les différentes composantes du système évolueront vers des *rapports contractuels* pour donner corps au concept de « *l'argent suit le client* » et introduire la mesure des résultats attendus par l'*acheteur.* »[26]

## LE GMF DANS L'ORGANIGRAMME DE LA SANTÉ AU QUÉBEC : UN PARTENAIRE *CONTRACTUEL* GÉRÉ PAR LES MÉDECINS

L'établissement d'une pratique en GMF vise officiellement la rupture avec la médecine omnipratique fragmentée du sans rendez-vous et le déploiement d'une meilleure pratique médicale, avec une prise en charge fidélisée et continuité des soins. Avec une structure et un mode de développement établis en concertation avec la FMOQ, elle vise probablement aussi à s'éloigner du modèle de CLSC et de la prestation publique. L'un des buts de la création des GMF est de permettre aux médecins en polycliniques/cabinets solos ou de groupe de s'organiser pour offrir de meilleurs services à leurs patients sans perdre leur autonomie, cheval de bataille de la FMOQ. L'organisation des GMF gravite donc autour du médecin et les GMF sont rapidement adoptés par les médecins de première ligne en cabinet, grâce à de multiples incitatifs financiers et encouragements fiscaux, ce modèle organisationnel préétabli ajoutant une plus-value aux cabinets déjà en place.

L'autonomie administrative et professionnelle du médecin est au centre de l'organisation du GMF, même si d'autres professionnels de la santé sont impliqués. La FMOQ ne laisse aucun doute dans son analyse :

« Que le GMF soit en cabinet, en CLSC ou en UMF, ce sont ses membres qui décident de l'offre de services qui sera proposée à l'agence de santé. […] Obtenir le statut de GMF n'enlève rien à l'autonomie professionnelle des médecins dans la gestion de leurs cliniques. Par exemple, en échange des services du GMF, les médecins accueillent, dans leurs locaux, une infirmière employée du CSSS. Cette dernière, bien qu'elle soit rémunérée par le réseau de la santé et régie par sa convention collective, pratique sous l'autorité fonctionnelle du GMF. (...) Enfin, peu importe le lieu où les services sont offerts (CLSC, UMF, mais de façon plus frappante cabinet), le GMF n'est pas une branche du réseau, même si des ressources publiques lui sont consenties. Il en est plutôt un *partenaire contractuel.* Le GMF n'est pas soumis à l'ingérence du réseau dans l'organisation de ses

[26] Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, *Rapport et recommandations : Les solutions émergentes*, Gouvernement du Québec, 2000, p. 137, (nous soulignons).

services. Le cabinet, qu'il soit un GMF ou non, est une *entreprise privée* et sa gestion n'appartient qu'aux docteurs, et non aux professionnels du CSSS qui viennent y travailler. »[27]

L'organisation n'est donc pas réellement interprofessionnelle, mais plutôt hiérarchique, le médecin occupant le haut de la pyramide administrative. Dans une structure comme le GMF où les infirmières, bien que rémunérées par le CSSS, restent sous « l'autorité fonctionnelle » du médecin, on s'éloigne d'un modèle interdisciplinaire et d'une véritable démocratisation des soins.

### MESURES INCITATIVES ET PRIMES AU RENDEMENT

Les médecins oeuvrant auparavant en cabinet trouvent plusieurs avantages à la pratique en GMF: la reconnaissance financière pour des tâches auparavant mal ou non rémunérées, le financement par le MSSS de personnel de soutien administratif et d'infirmières (alors que le mode de rétribution à l'acte comprenait déjà une majoration pour « frais de bureau » qui devait couvrir les salaires du personnel administratif de la clinique), l'accès à du matériel de même qu'à un système informatique financé par le MSSS et la mise en place d'un milieu plus structuré avec des liens plus étroits avec le CSSS, ce qui peut améliorer l'intégration des soins en comparaison avec la pratique solo.

On peut questionner la nature des encouragements financiers proposés.[28] Les frais de bureau et pour le personnel de soutien sont inclus dans les paiements à l'acte du médecin, grâce à la majoration pour la composante technique lors d'actes fournis en cabinet. Les primes versées aux GMF rendent ainsi légitime cette vision que le montant reçu pour un acte médical ne s'applique qu'à l'acte précis et non à la prise en charge globale du patient, incluant le médecin, le reste du personnel et le soutien administratif.

La création des GMF a aussi coïncidé avec l'apparition de différentes primes pour la prise en charge de patients dits vulnérables, pour l'inscription de la « clientèle » générale ainsi qu'une prime à la polyvalence.[29] Tous les omnipraticiens bénéficient de ces primes, pas seulement ceux qui travaillent en GMF. Il semble clair

[27] Marianne Casavant, « Un GMF, ce n'est pas un établissement! », *Le Médecin du Québec*, vol. 6, 2014, récupéré de : http://lemedecinduquebec.org/archives/2014/6/un-gmf-ce-n-est-pas-un-etablissement, (nous soulignons).

[28] Pour pousser plus loin la réflexion entourant les encouragements financiers visant à promouvoir l'adoption de la pratique en GMF, nous vous encourageons à consulter le document suivant : Réjean Hébert & Marie-Claude Prémont, « Politiques et droit de la santé. Les coopératives de santé : entre compétition commerciale et solidarité sociale », *Thémis*, vol. 44 n° 3, p. 273-323.

[29] Un exemple parmi d'autres : « Bonification pour les jours travaillés. La nouvelle entente accorde aux médecins qui ont déjà travaillé 200 jours dans l'année un forfait de 200$ par journée supplémentaire de pratique quel que soit leur lieu de travail. Et entre le 181e et le 200e jour, elle offre un supplément de 50$ par jour additionnel de travail. Les médecins de famille qui suivent plus de 700 patients en première ligne, tout en pratiquant dans un hôpital, auront droit à une prime à la polyvalence. L'importance de la majoration s'accroitra avec le nombre de patients suivis. » Source : *Le Médecin du Québec*, vol. 46, n° 20, novembre 2011, récupéré de : http://lemedecinduquebec.org/Media/112285/007-154Syndi1111_v2.pdf

que la « productivité » et un grand nombre de patients inscrits sont récompensés, sans toutefois trop s'inquiéter de l'accessibilité réelle ou de la qualité des soins reçus.

Il semble aussi évident que le gouvernement et les fédérations médicales considèrent que les incitatifs financiers demeurent le levier principal et privilégié pour moduler la pratique médicale, plutôt que d'utiliser la concertation, de s'intéresser à l'amélioration des conditions de pratique ou de faire appel à des valeurs morales et au bien-être des patients.

#### LES CLSC-GMF

Le développement des services médicaux de première ligne se faisant surtout par le biais du modèle GMF, il est devenu difficile pour des médecins en CLSC de développer leurs services médicaux, à moins de s'organiser justement en GMF. Pourtant, certains médecins nous ont rapporté que le modèle CLSC-GMF vient dénaturer la pratique médicale en CLSC. En effet, les médecins détiennent une certaine autorité sur l'embauche du personnel administratif et sur les tâches des infirmières. De plus, lorsque les médecins de CLSC se constituent en GMF, il se crée chez les travailleurs du GMF une dynamique de travail distincte de celle prévalant avec le reste du personnel du CLSC, qui contribue à isoler l'équipe médicale GMF du reste des professionnels du CLSC. Certains médecins nous ont également rapporté un malaise face au fait que les services de sans rendez-vous de leur GMF soient réservés uniquement aux patients inscrits au GMF, en contradiction avec le mandat populationnel du CLSC.

## AUTRES OUTILS DE LA NOUVELLE GESTION PUBLIQUE

### FINANCEMENT À L'ACTIVITÉ

Le rapport Clair, en instaurant le modèle GMF à prestation privée, ouvre aussi la porte à des mesures de gestion entrepreneuriale comme le financement à l'activité (FAA). Modèle initialement venu de l'Angleterre, le FAA constitue une réforme du mode d'allocation des ressources au sein du système de santé. Ce mode de financement, axé sur les coûts estimés d'un épisode de soins et distribué selon le volume et le type de services offerts par chaque établissement, s'oppose au mode de financement historique actuellement en vigueur. Avec le FAA, le patient ne représente plus une dépense, mais devient plutôt un revenu pour l'établissement.

Ce modèle a pour but d'améliorer la *performance* et la *productivité* par la mise en *concurrence* des établissements du réseau de la santé, les hôpitaux plus performants obtenant une plus grande part des

ressources disponibles. Il s'implante progressivement dans plusieurs provinces canadiennes et il est en voie de l'être au Québec.[30]

Bien qu'il soit en apparence logique de chercher à rentabiliser l'utilisation des ressources dans le réseau de la santé, le FAA peut mener à plusieurs dérives potentielles. D'abord, puisque ce mode de financement demeure relativement nouveau et méconnu au Québec, son implantation n'est pas une mince tâche. Il nécessite en conséquence un énorme travail de collecte de données, visant à établir une classification et un coût donné pour chaque épisode de soins. À cela s'ajoute la mise en place d'une structure d'évaluation et d'imputation des coûts au sein de chaque établissement, source probable d'un alourdissement administratif pouvant compromettre les « gains » qu'on prévoit - à tort? - réaliser. En outre, le FAA pourrait inciter les établissements à privilégier des soins de santé plus « rentables » et garants de meilleurs résultats, au détriment de ceux offerts aux patients plus vulnérables, ayant des besoins plus grands ou des pathologies plus complexes. Par ailleurs, la « surenchère diagnostique » nous apparait aussi un risque à anticiper. Enfin, les établissements recevant de plus grandes sommes pour des patients avec un épisode de soins plus complexe, un patient pourrait recevoir des diagnostics plus graves, par le biais d'une codification diagnostique plus « poussée ».

Bien que l'implantation du FAA concerne dans un premier temps les hôpitaux, ses risques et dérives concernent également la première ligne, par exemple, dans la sélection des patients selon les pathologies ou le risque de surdiagnostic pour augmenter la rentabilité de l'épisode de soin. Ces dérives potentielles ressemblent aux problèmes entrainés par la facturation à l'acte en cabinet, où chaque consultation est associée à un montant spécifique en fonction de la nature de l'acte médical.[31] N'oublions pas qu'une autre conséquence possible du FAA est le congédiement accéléré des patients de l'hôpital, autre façon d'accroitre la performance. Ces patients se retrouveront plus rapidement chez leur médecin de première ligne, souvent

[30] Le ministre Raymond Bachand avait intégré le FAA dans son budget et le ministre Réjean Hébert dans son approche des soins à domicile. Le ministre actuel Gaétan Barrette l'a fortement appuyé dans son discours au colloque annuel du Collège des médecins du Québec en mai 2014.

[31] Roxane Borgès Da Silva rapporte dans sa thèse que le paiement à l'acte crée des « conditions favorables à une quantité de services plus importante que ce qu'aurait souhaité le patient; pour peu que le médecin puisse influencer la demande du patient, le paiement à l'acte entrainera une inflation d'actes médicaux. »
Source : Roxane Borgès Da Silva, *La pratique médicale des omnipraticiens : influence des contextes organisationnel et géographique* (Thèse de doctorat), 2010, récupéré de : https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/3924/Borges-Da-Silva_Roxane_2010_these.pdf;jsessionid=011E43BB139DCAC2111270FDDCE8278B?sequence=2

De plus, une publication de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé nous informe que « le paiement à l'acte est un incitatif financier qui pousse les médecins à encourager la surconsommation de services de santé, étant donné qu'ils sont récompensés pour un volume de services plus élevé. En d'autres termes, les médecins touchent un revenu plus élevé lorsque leurs patients utilisent davantage de services. En outre, le paiement à l'acte n'incite pas les médecins à tenir compte du coût des traitements et leur rémunération n'est pas associée aux résultats de santé des patients. »
Source : Pierre-Thomas Léger, *Modes de rémunération des médecins : un aperçu des possibilités d'action au Canada*, Série d'études de la FCRSS sur les générateurs de coûts et l'efficience du système de santé : Rapport 3, mars 2011, récupéré de : http://www.fcass-cfhi.ca/Libraries/Commissioned_Research_Reports/CHSRF_Physician_Renumeration_FR-final.sflb.ashx

avec des pathologies plus graves, qui auraient nécessité une hospitalisation plus longue ou une réadaptation plus poussée et plus accessible à l'hôpital.

En outre, la mise en place du FAA crée une situation propice au développement d'un réseau mixte. L'IRIS a d'ailleurs soulevé cette crainte, mentionnant que le FAA pourrait représenter « une étape sur la voie d'un élargissement de la place du privé en santé. » Les chercheurs expliquent que « sa configuration créant un marché interne rend effectivement plus aisée la juxtaposition d'entreprises privées en concurrence directe avec le réseau public » et que « si c'est là l'intention du gouvernement, il devrait au moins faire preuve de plus de transparence et annoncer ses couleurs »[32].

## L'ASSURANCE-AUTONOMIE : LES CLSC DÉPOSSÉDÉS DE LEUR MANDAT ET UNE OUVERTURE AU FAA

Récemment, le projet d'assurance-autonomie soumis par l'ancien gouvernement péquiste planifiait un passage au FAA en première ligne pour les services de soutien à domicile. Ce projet constituait l'exemple parfait d'un changement de politique publique qui prête le flanc à une gestion par financement à l'activité. Cette politique ambitieuse, proposée par le ministre Réjean Hébert, a fait l'objet d'une consultation publique et donné naissance au projet de loi 67, qui n'a pas pu être adopté avant le déclenchement des élections d'avril dernier.

L'assurance-autonomie préconisait de manière appropriée l'augmentation de la prestation des soins à domicile. Cependant, le projet visait aussi d'accroitre la participation active du réseau des entreprises d'économie sociale et des entreprises privées à but lucratif dans la prestation de soins liés aux activités de la vie quotidienne (AVQ). Bien que les soins médicaux demeurent dans la sphère d'activités du CLSC, les patients auraient dû se trouver un prestataire de services privés hors du CLSC pour les activités de la vie domestique et les activités de la vie quotidienne (ces dernières restant à la charge des patients). La prestation de soins nécessaires que sont les AVQ allait donc être privatisée, entrainant une perte de continuité des soins à domicile et généralisant le recours au travail précaire d'employés potentiellement sous-qualifiés et sous-payés. Ce virage aurait donc mis à risque des patients déjà très fragiles.

Le projet d'assurance-autonomie prévoyait aussi qu'un montant spécifique d'argent public (l'allocation de soutien à l'autonomie - ASA) aurait été alloué aux patients pour l'achat de services, après calcul du type et du nombre d'heures de soins qui lui sont nécessaires. Les montants auraient été déterminés par le diagnostic et la lourdeur du patient, un procédé qui s'apparente au FAA décrit plus haut. Enfin, le projet d'assurance-autonomie créait un dangereux précédent, prévoyant le paiement par les patients eux-mêmes pour les soins donnés hors CLSC, en fonction de leur revenu. Cette ouverture à un financement privé selon le principe de

[32] Guillaume Hébert, *Le financement à l'activité peut-il résoudre les problèmes du système de santé?* Note socioéconomique, IRIS, juin 2012, p. 5, récupéré de : http://www.iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2012/06/Note-FAA-web.pdf

l'utilisateur-payeur contrevenait à l'accessibilité et à l'universalité des soins demandées par la Loi canadienne sur la santé.

Le projet d'assurance-autonomie visait donc à la fois une privatisation de la prestation des soins, une réorganisation vers un mode de financement de type FAA et une privatisation du financement. Ainsi, au lieu de consolider l'offre de services en CLSC, on les dépossédait de leur mandat, au profit d'entreprises communautaires et privées. Tout cela dans un contexte où, rappelons-le, les soins de première ligne à domicile seront nécessairement appelés à prendre beaucoup d'expansion dans les années à venir.

## PRODUCTIVITÉ

On a souvent eu tendance à analyser les modèles de soins de première ligne sous l'angle de leur efficacité. Ainsi, on a plusieurs fois accusé la pratique en CLSC d'être moins efficace. De la même façon, on reproche aujourd'hui aux GMF de ne pas atteindre leurs « cibles ». Les indicateurs quantitatifs, dont sont friands les défenseurs des nouvelles politiques de gestion, ne peuvent toutefois s'appliquer correctement à la complexité et à la variabilité de la pratique médicale. Développés autour de notions simplifiées de performance qu'on peut aisément chiffrer (temps d'attente, nombre de patients vus, etc.) plutôt que d'être des mesures de qualité de soins, de prise en charge, de continuité et de pertinence, il faut être très prudents avant de les interpréter comme une mesure adéquate de la pratique, permettant par exemple de conclure à l'échec du modèle du CLSC.

Par exemple, avant de conclure à une "mauvaise productivité" de la pratique en CLSC il faudrait prendre en compte qu'une insuffisance de support, une pratique auprès de patients plus vulnérables ou bien une pratique interprofessionnelle aura un impact sur le simple nombre de patients vus par journée. Un certain discours sur la « productivité » moindre en CLSC a pourtant entretenu un certain « scepticisme sur la valeur de la contribution des services médicaux en CLSC »[33], qui a certainement contribué aux difficultés d'y développer une plus grande offre de services ou à tout le moins a pu servir de prétexte au gouvernement pour cesser de la soutenir.

Rappelons que l'idéologie de la gouvernance a tendance à tout concevoir sous l'angle d'une soi-disant performance et que bien des réformes sont menées au nom de cette « efficacité » et de l'amélioration des soins. Mais, ces réformes visent-elles vraiment toujours le bien commun? Nous croyons que non. Conduiront-elles nécessairement à une amélioration de la santé de la population? Nous avons des doutes.

[33] Dr Sylvain Dion, (28 mars 2014). Entrevue avec Emmanuèle Garnier : « Les CLSC dans la campagne électorale : Entrevue avec Dr Sylvain Dion », *Le Médecin du Québec*, vol. 5, 2014, récupéré de : http://lemedecinduquebec.org/archives/2014/5/les-clsc-dans-la-campagne-electorale-entrevue-avec-dr-sylvain-dion/

# CONCLUSION

*"La* gouvernance*, en tant que néologisme flou, consiste ainsi à nommer le nouvel ordre politique qui doit se dessiner par-delà l'État, mais moins pour institutionnaliser un ordre commun que pour mettre les peuples encore plus hors de portée des structures publiques par lesquelles ils pourraient chercher à constituer souverainement leur subjectivité historique."*[34]

ALAIN DENEAULT

Le droit à la santé est un droit fondamental que l'on doit garantir à l'ensemble de la population, indépendamment de la classe sociale, du genre, du statut de citoyen, de la race et du revenu. MQRP croit profondément que c'est par le système public que ce droit reste le mieux protégé.

La nouvelle gestion publique est apparue dans le système de santé au Québec au cours des trente dernières années. Cette orientation fondamentale, visant à gérer le système public comme une entreprise privée, abolit la frontière entre gestion publique et gestion privée et nous inquiète profondément.

Si un réseau purement privé (financement et prestation) engendre un système à deux vitesses et constitue un danger évident pour l'équité et l'universalité d'accès aux services de santé au Québec, le développement d'un système mixte où la prestation et la gestion privée en première ligne sont prépondérantes nous semble tout aussi problématique, même dans le cadre d'un financement public.

D'abord parce que le manque d'accès multidisciplinaire et d'intégration compromet l'accès aux soins. Ensuite, parce que les modèles à prestation privée répondent à des impératifs qui n'ont rien à voir avec le service public, celui du profit et de la rentabilité, conduisant par exemple à l'augmentation de frais facturés aux patients. De plus, il y a risque d'accentuer les orientations ayant transformé la culture médicale, où la rentabilité dépasse maintenant le souci d'accessibilité. La prestation privée ouvre enfin la porte à une éventuelle mise en concurrence des prestataires publics et privés de soins. Le choix de favoriser des modèles de prestation privée de soins, même si à financement public, doit donc être remis en question, afin de protéger notre système de santé d'une marchandisation croissante des soins.

Quant à la prestation publique, elle constitue une bien meilleure solution pour permettre de respecter ce droit à la santé des citoyens. Dans le contexte actuel où la Loi sur l'assurance maladie et la Loi sur l'assurance hospitalisation ne prévoient pas la couverture pour les soins prodigués par d'autres professionnels que les

[34] Alain Deneault, *Gouvernance : Le management totalitaire*, *op. cit.*, p. 28

médecins hors des établissements, la prestation publique reste la seule à permettre l'accès gratuit et équitable aux soins non médicaux et une réponse adéquate aux besoins de santé de la population.

Si la mission fondamentale de service public disparait, si elle est mal supportée et sous-financée par l'État, si elle n'est pas développée en concertation avec les citoyens et les soignants, alors on observera la croissance de « marchés de soins » qui seront récupérés par les prestataires de soins à but lucratif, comme cela s'est vu ailleurs dans le monde.

Les récents développements affectant le système nous obligent à nous interroger. Qui oriente les décisions? Dans quel but? Alors que le système privé se développe rapidement, notre système public, rempart pour assurer l'accès et la qualité des soins, se fragilise, et perd de vue sa mission fondamentale de répondre aux besoins de TOUS les citoyens et de protéger l'intérêt collectif.

Garantir le droit à la santé implique au contraire de sauvegarder, et de continuer à développer, le système public. Une gestion réellement publique, éloignée des principes de nouvelle gestion publique, peut organiser la prestation des soins en mode collaboratif plutôt que compétitif et planifier les soins dans un souci de *qualité* et de *pertinence*. Pour y arriver, il faut des balises claires et des lois cohérentes, qui assurent un développement concerté, planifié à long terme et orienté dans l'intérêt de la population, du système de santé.

Pour garantir le droit à la santé et protéger le bien commun, il est impératif de remettre la notion de service public au coeur de la gestion et de redonner le pouvoir d'administration aux citoyens et aux soignants. C'est là notre plus grand défi.