



---

## **Les services de santé de première ligne au Québec**

### **État de la situation**

Allocution de la 1<sup>re</sup> vice-présidente de la CSQ, Louise Chabot à l'Association des retraitées et retraités de l'enseignement (A.R.E.Q.) de la région 06 – île de Montréal, le 3 mai 2007

**3 mai 2007**  
**D-11771**

## **Les services de santé de première ligne au Québec**

### **État de la situation**

L'avènement du premier gouvernement Charest au printemps 2003 s'est avéré le début de profonds changements pour notre réseau des services de santé et des services sociaux québécois. À la suite de multiples lois successives, l'organisation des services allait subir une réforme importante.

### **Le cadre législatif**

- Les lois 25 (2003) et 83 (2004) ont créé :
  1. les agences régionales de santé et de services sociaux en remplacement des régions régionales ;
  2. les centres de santé et de services sociaux (CSSS), issus de la fusion des centres hospitaliers généraux (CH), des CLSC et des CHSLD d'un même territoire. Ceux-ci sont responsables d'un réseau local de santé et de services sociaux (RLS) lequel comprend les autres acteurs dispensant des soins et des services, soit les cliniques médicales, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et autres entités qui pourraient voir le jour (nous y reviendrons plus loin).
- La loi 33 (2006, mais en vigueur à l'été 2007) a créé :
  1. les cliniques médicales spécialisées ;
  2. les cliniques médicales associées ;
  3. le droit de recourir à une assurance privée pour l'obtention, en milieu privé, de certaines chirurgies (hanche, genou, cataracte).
- D'autres lois, en toile de fond, ont également changé la donne pour les organisations syndicales du réseau de la santé et des services sociaux :
  1. la loi 7 qui interdit la syndicalisation des personnes travaillant au sein des ressources intermédiaires ;
  2. la loi 30 qui oblige la fusion des unités d'accréditation syndicale représentant des catégories d'emplois préétablies.

## **Les centres de santé et de services sociaux**

- La philosophie de base du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) était d'instaurer des services dits intégrés et de première ligne fournissant un continuum de services à une population définie.
- Pour le Ministère, en fusionnant les établissements d'un même territoire ayant des missions différentes (les CH, CLSC, CHSLD), on allait abattre « les clochers » respectifs et mettre fin au travail « en silo » puisqu'une même administration devenait responsable de toutes les missions.
- Cette nouvelle instance locale, le CSSS, est maintenant responsable de l'organisation, de la coordination et de la prestation des soins et des services sur son territoire. Pour ce faire, le CSSS doit coordonner les interventions des autres acteurs du territoire, qu'ils soient du domaine privé ou du domaine communautaire. En clair, le CSSS n'a plus l'obligation de « dispenser » le service, mais de s'assurer de la disponibilité du service peu importe par qui il est dispensé, établissement public ou non.

## **La restructuration de la première ligne a-t-elle amélioré l'accès aux soins et aux services ?**

- Bien qu'il soit trop tôt pour affirmer hors de tout doute que cette restructuration de la première ligne n'a eu aucun effet positif sur l'accessibilité aux soins et aux services, force est de constater que l'état de la situation n'a guère évolué.

Il y a toujours un manque flagrant de médecins de famille, les urgences hospitalières sont toujours aussi débordées, les listes d'attente en chirurgie toujours présentes, les soins à domicile déficients et l'hébergement comme les soins aux aînés en perte d'autonomie insatisfaisants.

D'ailleurs, le ministère de la Santé et des Services sociaux refuse toujours de rendre publiques ses évaluations au regard de la restructuration.

## **À qui donc a profité cette restructuration ?**

- D'abord certainement aux centres hospitaliers. Avant les fusions, ceux-ci étaient toujours en très grands déficits budgétaires contrairement aux CLSC et aux CHSLD. L'enveloppe étant maintenant globale, les CH peuvent bénéficier d'une plus grande marge de manœuvre. Ils deviennent dorénavant le « centre des opérations », c'est le cas de le dire !
- La fusion des établissements a également amené la fusion de leurs conseils d'administration (C.A.). La mission hospitalière, plus importante en volume, prend donc le contrôle des décisions du C.A. au détriment des autres missions de

l'établissement, particulièrement la prévention et l'intervention communautaire. On revient donc à une vision curative des soins, centrée sur les besoins de l'hôpital, tels que désengorger les urgences et raccourcir les durées de séjour, et cela pour répondre à des critères de performance.

- Ensuite, les gagnants de cette restructuration – l'avenir nous le démontrera –, ce sont les entreprises privées. Le CSSS, en effet, a dorénavant le pouvoir de faire des ententes, donc de sous-traiter en quelque sorte, pour la prestation des soins et des services.

### **Concrètement, quels sont les impacts de cette restructuration des services de la première ligne ?**

- Les usagers ont davantage à se déplacer. Les CSSS ont tendance à concentrer certains services dans une des unités du territoire : la vaccination des enfants, la vaccination des aînés contre la grippe, les rencontres pour parents d'adolescents, etc.
- On catégorise et on priorise les clientèles. Pour les cours prénataux, par exemple, un CLSC peut devoir accorder la priorité aux jeunes mères monoparentales. Les usagers doivent correspondre à un profil bien défini pour avoir accès aux services, jeunes avec un trouble envahissant du développement, aînés en très grande perte d'autonomie ayant besoin de plus de trois heures de soins par jour, personnes atteintes d'une maladie chronique, etc.
- En concentrant ainsi les clientèles dans un programme prédéfini, le CSSS peut standardiser davantage les pratiques et les services, faciliter l'informatisation et privilégier le volume des activités cliniques plutôt que la qualité ou l'humanisation des soins.
- Et qu'en est-il des services sociaux ? Le système de santé du Québec présentait une richesse indéniable, celle d'organiser des services publics reflétant une vision globale de la santé qui tenait compte tout autant des problématiques psychosociales que des problèmes physiques. La création des CLSC représentait, à cet égard, un joyau envié par plusieurs pays.

Maintenant, l'État québécois s'en déleste comme s'il n'y avait pas de « services socialement requis » au même titre que les « services médicalement requis ».

Pour répondre à ces besoins, l'État embrigade les services communautaires, liant leurs subventions à une obligation de répondre aux objectifs sociaux définis par l'État plutôt que par les personnes de la communauté qu'ils desservent. Il en fait en quelque sorte une fonction publique parallèle qu'il paie à rabais.

Il procède de même avec les entreprises d'économie sociale, délestant de plus en plus vers celles-ci des activités qu'on voulait réserver aux services publics, comme les soins d'hygiène à la personne.

Seules les clientèles très vulnérables, enfants et adolescents négligés ou abusés, aînés en très grande perte d'autonomie mais sans réseau de proches aidants et personnes vivant avec des problèmes graves de santé mentale continueront d'obtenir des services publics.

On est très loin d'une conception globale de la santé et du bien-être des populations.

### **Les pistes de solution qu'on n'a pas encore ouvertes**

- Pour améliorer l'accès aux services médicaux proprement dits, il faudrait d'abord régler la question de la pénurie de médecins. Mais, surtout, il faudrait concevoir une nouvelle façon de donner les services qui serait centrée sur la prise en charge et le suivi plutôt que sur la production d'actes médicaux.

C'est dans ce sens que s'orientait la mise en place des groupes de médecine familiale (GMF), qui n'est pas encore complétée. Le fait d'avoir un groupe de médecins, une douzaine, soutenu par des infirmières, qui prend en charge le suivi d'un certain nombre de patients inscrits auprès du groupe, est un bon point de départ. Cependant, pour que le suivi soit efficace, le mode de rémunération de ces médecins devrait être révisé pour correspondre à cette vision de prise en charge globale. De plus, la formule GMF ne règle pas la mauvaise répartition des médecins sur le territoire québécois, puisqu'il n'y a aucune incitation pour que ceux-ci s'installent en région éloignée ou dans des quartiers défavorisés où les problèmes de santé sont plus lourds.

En milieu rural, de plus en plus de communautés se tournent plutôt vers les coopératives de santé pour attirer des médecins. Cette formule a le mérite de faire appel à un engagement collectif de la part d'une population qui prend en main ses services. Il reste cependant que ces personnes se payent des services dont l'offre sera plus ou moins étendue selon la quote-part qu'elles acceptent de déboursier. Elles agissent donc, tout de même, en substitution de l'État.

Par ailleurs, les infirmières qui accompagnent les groupes de médecine familiale devraient être en mesure d'agir à titre d'infirmières praticiennes, pour pouvoir exercer plus d'actes traditionnellement dévolus aux médecins. Ces infirmières auraient aussi avantage à être des employées du CSSS, afin d'agir à titre d'intervenantes pivots pour faire le lien avec les services des établissements du CSSS.

Or, les infirmières praticiennes ne sont encore qu'en tout petit nombre au Québec et les universités n'ont pas reçu les subventions nécessaires pour offrir les

formations pour l'année 2007-2008, ce qui retardera encore leur entrée en fonction.

- La notion d'intervenant pivot est centrale pour assurer un suivi et une continuité des soins à travers les différentes missions du réseau. Elle est, de loin, plus efficace qu'une fusion de structures comme celle que le Québec a choisie.

L'accessibilité, la qualité et la continuité des soins, cela se fait d'abord par du personnel en quantité suffisante dans toute la gamme des soins et des services.

Régler la pénurie de personnel dans le réseau s'avère donc la première cible à viser. La pénurie touche les médecins et les infirmières, mais aussi plusieurs autres catégories d'emplois. Dans le peloton de tête des dix emplois les plus déficitaires, on retrouve aussi les préposés aux bénéficiaires, les infirmières auxiliaires, les techniciens en éducation spécialisée, les agents de relations humaines, les travailleurs sociaux, les technologistes médicaux, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) de même que l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) évaluent à près de 100 000 les recrues qu'il faudra trouver d'ici 2015, soit la moitié du personnel du réseau. De plus, les établissements du réseau devront desservir 300 000 personnes supplémentaires au cours des cinq prochaines années (personnes âgées, jeunes, personnes vulnérables, augmentation des chirurgies).

Pour ce faire, le Québec ne pourra pas compter que sur la formation de recrues ; il devra également favoriser l'immigration de personnel compétent. La rétention du personnel actuel s'avère également primordiale dans ces conditions. Or, l'attraction et la rétention de personnel passent, en premier lieu, par l'amélioration des conditions de travail. Régler la pénurie va donc de pair avec améliorer les conditions de travail dans le réseau.

- Le développement des soins à domicile devient aussi de première importance à la fois pour assurer des services de proximité, mais également pour favoriser une prestation de services moins lourde qu'en milieu hospitalier ou qu'en centre d'hébergement de longue durée. Or, le Québec demeure encore aujourd'hui à l'avant-dernier rang des provinces, avant l'Île-du-Prince-Édouard, concernant le financement public par habitant en soins à domicile (91,66 \$), comparativement à une moyenne canadienne de 105,29 \$. Un investissement de 110 millions de dollars serait nécessaire au Québec pour rejoindre cette moyenne. Cela n'est pas sans conséquence sur les familles des personnes qui ont besoin de soins à domicile, puisque ce sont elles – et particulièrement les femmes – qui doivent, bon gré mal gré, prendre la relève. Elles offrent aujourd'hui plus de 80 % de l'aide requise et, souvent, elles le font à leur détriment.
- D'ailleurs, c'est pour l'ensemble de ces investissements en santé et services sociaux que le Québec demeure, depuis plusieurs années, la province se situant

en queue de peloton à l'égard des dépenses par habitant (2 707 \$ ; la moyenne canadienne est de 3 069 \$, soit un écart de près de 12 %). Augmenter les investissements pour atteindre la moyenne canadienne permettrait certainement de combler les déficiences du réseau en matière de soins à domicile, de soins d'hébergement et de soins de longue durée.

- Où prendre cet argent ? Une autre piste dans laquelle les gouvernements québécois successifs n'ont pas eu le courage de s'avancer est celle du contrôle des coûts des médicaments. Avec un accroissement de 15 % par année, ce poste demeure le plus inflationniste du système. Le gouvernement actuel continue pourtant de favoriser l'industrie du médicament breveté au détriment de celle du médicament générique dans sa nouvelle politique du médicament : dégel des prix, partenariat avec l'industrie, etc.

## **Une porte ouverte à plus de privatisation**

- Plutôt que de privilégier de telles pistes de solution réellement progressistes, le gouvernement Charest a choisi de répondre à l'arrêt Chaoulli de la Cour suprême en ouvrant la porte à davantage de privatisation du système.
- En adoptant, sous le bâillon, le projet de loi 33 en décembre 2006, le gouvernement ouvre en effet une brèche très importante au système public, autorisant désormais le recours à l'assurance privée pour obtenir, dans le secteur privé, certaines chirurgies. Bien qu'au moment de la mise en vigueur de la loi, l'été prochain, la liste de ces chirurgies se limitera à celles de la hanche, du genou et de la cataracte, le gouvernement pourra allonger cette liste par simple voie réglementaire. On travaille déjà, d'ailleurs, dans les officines du Ministère, à dresser une liste plus ambitieuse de chirurgies admissibles à l'assurance privée.
- Pour mettre en œuvre ce plan « privé », la loi 33 prévoit la création de deux nouvelles entités : les cliniques médicales spécialisées et les cliniques médicales associées.
- Une clinique médicale spécialisée (CMS) est une clinique privée de chirurgie appartenant exclusivement soit à des médecins rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), soit à des médecins non participants. Ainsi, la récente clinique RocklandMD, qui a défrayé l'actualité cet hiver, fait présentement l'objet d'une enquête. Si l'information dévoilée par les journaux s'avère, cette clinique contreviendrait à la loi puisqu'on y retrouve sous le même toit des médecins participants et non participants. De plus, cette clinique semble exiger des patients des frais accessoires autres que ceux permis par la loi.

Par ailleurs, la loi indique que la CMS doit assurer les services préopératoires et postopératoires associés à la chirurgie qu'il dispense, de même que les services d'une ressource privée de réadaptation et de soutien à domicile nécessaires au rétablissement.

Les services préopératoires et postopératoires dont il est question dans la loi sont ceux normalement associés à la chirurgie. Mais s'il y a des complications de santé au moment de la chirurgie, ces cliniques ne seront pas équipées pour assurer les soins nécessaires à la survie des patients. Elles devront alors les transférer d'urgence au centre hospitalier. Aux États-Unis, où existe ce type de cliniques spécialisées privées, l'équipe médicale a souvent dû composer le 911 pour obtenir des services d'urgence !

- Une clinique médicale associée (CMA) peut prendre la forme d'un cabinet privé de professionnel, d'un laboratoire privé ou d'une CMS. La différence, c'est que la CMS est directement associée à un centre hospitalier public. La CMS devient un sous-traitant du centre hospitalier pour dispenser des services. La nature exacte de ce type d'association demeure nébuleuse en ce moment.
- Dans les deux cas, clinique médicale spécialisée et clinique médicale associée, l'usager devra déboursier des sommes pour des frais accessoires. Alors, contrairement à ce que dit le gouvernement, ce partenariat public-privé n'est pas « gratuit » pour la population.
- Pour la personne ayant les moyens de se payer une assurance privée pour obtenir ces chirurgies déterminées par le Ministère, elle pourra avoir recours directement à une CMS composée de médecins non participants à la RAMQ et ainsi contourner les listes d'attente.
- Dans ce contexte, il n'est pas étonnant que des firmes de courtage de services médicaux comme Medecina, récemment rendue publique, soient mises sur pied pour magasiner pour vous, moyennant une compensation financière bien sûr, des médecins en mesure de vous recevoir en moins de 72 heures.
- La loi 33 n'est même pas encore en vigueur que déjà le Ministère a dû faire enquête sur des cas comme ceux de Medecina, de la clinique RocklandMD et de Médi+. Qu'en coûtera-t-il de surveillance publique lorsque ce type de cliniques se multipliera ?

## **Stopper les marchands de la santé**

- Le gouvernement Charest n'était pas tenu d'ouvrir les chirurgies spécialisées aux assureurs et aux médecins entrepreneurs. Il pouvait adopter des mesures rigoureuses de gestion des listes d'attente et développer des centres ambulatoires publics pour respecter l'arrêt de la Cour suprême.
- Il est indéniable que les partenariats public-privé du gouvernement Charest créent une plus grande ouverture à la privatisation des soins, à la facturation de services accessoires et à un plus grand clivage entre les populations riches et pauvres.



- De plus, on sait que les cliniques privées coûtent plus cher à l'État et qu'elles ne diminuent en rien les listes d'attente du secteur public. Le ministre lui-même a dû l'avouer. Enfin, ces cliniques contribuent à augmenter la pénurie de personnel dans le secteur public, puisqu'elles drainent les rares ressources médicales et infirmières.
- Ces privatisations ouvrent également le système de santé québécois aux marchés internationaux de libre-échange. À partir du moment où l'on privatise certains pans de services spécialisés, de services à domicile ou de services d'hébergement, des appels d'offres peuvent être accessibles à des compagnies étrangères.
- Et, bien sûr, ce sont les services lucratifs, les chirurgies mineures, les activités à haut volume de même que les activités liées au vieillissement de la population qui attirent le secteur privé. Les chirurgies à haut risque et les clientèles très vulnérables ne les intéressent pas. Celles-ci continueront d'être à la charge de l'État.

### **Comment dire non ?**

Seules la mobilisation et la solidarité sociale peuvent freiner ce train de la privatisation. C'est pourquoi il faut dénoncer, manifester et élargir nos alliances.

Et, à cet égard, des regroupements associatifs comme le vôtre possèdent un pouvoir d'influence certain. Si, selon le gouvernement, l'avenir du Québec sera majoritairement aîné, c'est maintenant que le « pouvoir gris » doit protester !