

JANVIER 2017

Rapport de recherche

L'allocation des ressources pour la santé et les services sociaux au Québec:

*État de la situation
et propositions alternatives*

Guillaume Hébert, *chercheur*

Jennie-Laure Sully, *chercheure*

Minh Nguyen, *chercheur*

REMERCIEMENTS

Les auteur·e·s tiennent à remercier un ensemble de personnes sans qui l'étude n'aurait pu être. Les commentaires de l'équipe de chercheur·e·s de l'IRIS et ceux d'Anne Plourde de même que les corrections de Martin Dufresne et de Monique Moisanont 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 auteur·e·s.

IMPRESSION

Katasoho imprimerie & design
5000 rue d'Iberville #202, Montréal, QC H2H 2S6 514.961.5238 / info@katasoho.com

Sommaire

Les modes d'allocation des ressources financières sont déterminants en matière de santé et services sociaux. Au Québec, les dépenses publiques liées aux établissements sociosanitaires et celles liées aux médecins sont gérées séparément. La répartition aux premiers se fait principalement en fonction d'un financement historique alors que les seconds sont majoritairement rémunérés à l'acte. Depuis quelques années, l'ensemble de ce fonctionnement est remis en question. Le gouvernement voudrait d'une part soumettre les établissements à une forme de concurrence et de nombreux observateurs souhaitent modifier la façon de rémunérer les médecins. Cette étude dresse un portrait de la situation actuelle dans ces deux champs de dépenses, explore les différentes avenues en termes de réforme et formule des propositions afin d'améliorer l'ensemble du système sociosanitaire québécois.

Principales conclusions

- Les dépenses pour les établissements et les médecins comptent pour 54 % des dépenses de santé et de services sociaux au Québec. Leur mode d'allocation a un impact important sur cette mission de l'État, la plus coûteuse dans le budget du gouvernement.
- Près de 300 000 personnes travaillent dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Parmi eux, les 20 000 médecins recevaient en 2013-2014 une rémunération totale de près de 7G\$. Pour payer 80 000 travailleuses auxiliaires et près du même nombre d'infirmières, il en coûtait respectivement 2,5G\$ et près de 4G\$.
- Après huit ans d'augmentations, entre 2007-2008 et 2014-2015, avec des augmentations moyennes annuelles supérieures à 9 %, les médecins empochaient plus de 7,3G\$. Ces augmentations accaparent une part disproportionnée des dépenses de santé et menacent la pérennité des finances publiques.
- Depuis 2009, les dépenses totales de santé sont relativement stables comparativement à la richesse nationale du Québec. Si l'économie québécoise et mondiale n'était pas en stagnation, cette proportion aurait diminué, comme par le passé suite aux reprises économiques.
- Les dépenses de santé par habitant au Québec sont les plus faibles parmi les provinces canadiennes. Si la tendance des dernières années se maintient, l'Ontario pourrait passer sous le Québec néanmoins, en partie parce que cette province a revu à la baisse la rémunération médicale.
- Les différentes réformes du système sociosanitaire québécois depuis 25 ans ont échoué à réaliser une décentralisation effective du réseau, notamment en termes d'allocation des ressources. Les réformes de Philippe Couillard en 2004 et de Gaétan Barrette à partir de 2014 ont accéléré l'implantation d'un mode de gestion inspiré de l'entreprise privée (gouvernance entrepreneuriale) dans tout ce réseau.
- Les réformes menées par les gouvernements libéraux successifs ont détourné le réseau

sociosanitaire de ses objectifs initiaux. Elles ont centralisé les prises de décision plutôt que de les décentraliser, elles ont favorisé l'hospitalocentrisme plutôt que le développement de la première ligne, elles ont eu pour effet l'abolition de structures démocratiques ou indépendantes et ont contribué à miner sévèrement les CLSC au profit des GMF.

- Le financement à l'activité a été appliqué dans de nombreux pays occidentaux et il est difficile de conclure à des expériences fructueuses en dépit des ressources considérables exigées par sa mise en place.
- Le Québec et le Canada ont pris plus de temps à s'engager dans cette voie. Le chef de file canadien est l'Ontario où l'on constate que les ajustements visant à prendre en compte la qualité des services sont inefficaces.
- Le rapport Thomson qui fait la promotion d'une implantation rapide du financement à l'activité (qu'il rebaptise « financement axé sur le patient ») au Québec s'inspire largement de la concurrence et de l'entreprise privée sans faire la démonstration que cette approche est souhaitable pour un système sociosanitaire public. Cette approche au contraire nuit à la collaboration et à l'intégration au sein de ce système. Il s'agit en revanche d'une étape nécessaire préalable à une éventuelle privatisation accrue des services de santé au Québec.
- Parmi les effets pervers associés au financement à l'activité, on note les risques pour la qualité des soins, les problèmes permanents de distorsion dans la tarification des épisodes de soins ou encore la lourdeur administrative de sa mise en place et de son fonctionnement.
- En 2007, suite à une entente avec le gouvernement, la rémunération des médecins québécois a amorcé une augmentation insoutenable pour les finances publiques. Alors qu'on justifiait largement cette entente par un rattrapage de la rémunération des médecins de l'Ontario, le niveau des médecins québécois dépassent désormais de 11,5 % celui de leurs homologues ontariens si l'on ajuste la rémunération au coût de la vie.
- En France, le revenu moyen des médecins atteint jusqu'à trois fois la rémunération moyenne des autres travailleuses ou travailleurs. Au Royaume-Uni, ce ratio atteint jusqu'à quatre fois. Au Québec, les médecins gagnent 7,6 fois le salaire moyen.
- Si l'on réduisait la rémunération des médecins pour que l'écart entre leur rémunération moyenne et celle des autres travailleurs et travailleuses ne dépasse pas trois fois, l'État économiserait 5 G\$.
- En raison d'un compromis historique et de leur opposition à l'assurance-maladie publique et universelle, les médecins québécois ont préservé un statut formel de travailleur autonome qui leur confère un statut particulier au sein du système sociosanitaire. Mais comme les médecins utilisent largement les installations du système public (ou sont compensés financièrement) pour travailler, qu'ils n'ont pas à se tailler une part de marché et que leurs collègues non-médecins sont salarié·e·s, le statut de travailleur autonome doit être remis en question.
- Le statut de travailleur autonome et les aménagements réglementaires et fiscaux permettent aux médecins de s'incorporer et ainsi réduire l'impôt qu'ils doivent verser à l'État. Cet avantage qui s'ajoute à une rémunération plus que généreuse doit être aboli.
- La part de rémunération à l'acte est supérieure à 85 % chez les médecins québécois, beaucoup plus élevée que la moyenne canadienne. Ce mode de rémunération ne favorise ni la qualité des soins ni le travail interdisciplinaire et doit être remis en question. Le salariat des médecins doit être considéré.

Table des matières

LISTE DES GRAPHIQUES	09
LISTE DES SCHÉMAS	10
LISTE DES TABLEAUX	11
LISTE DES SIGLES	13
INTRODUCTION	15
CHAPITRE 1 – ÉTAT DU SYSTÈME SOCIOSANITAIRE	17
Portrait du système sociosanitaire québécois	17
Contexte sociosanitaire : 25 ans de réformes	24
Les réformes Côté et Couillard	24
La réforme Barrette	26
CHAPITRE 2 – L'ALLOCATION DES RESSOURCES AUX ÉTABLISSEMENTS	31
Aux origines du financement à l'activité	32
Risques inhérents au FAA et conséquences négatives observées	32
Codification des épisodes de soins au Québec et au Canada	35
Le Québec et le financement à l'activité	36
Le rapport Thomson	37
Projet pilote de FAA dans des cliniques chirurgicales privées	40
CHAPITRE 3 – LA RÉMUNÉRATION MÉDICALE	43
État de la rémunération médicale	43
Le statut des médecins au Québec	49
Le statut de travailleur autonome	49
L'incorporation	50
Modes de rémunération actuels au Québec	52
Les différents modes de rémunération médicale	54
Rémunération par paiement à l'acte	54
Rémunération par capitation	56
Rémunération par salariat	57
Rémunération mixte	58

CHAPITRE 4 – PROPOSITIONS POUR UN RÉSEAU DE LA SANTÉ PUBLIC, DÉMOCRATIQUE ET DÉCENTRALISÉ	61
Proposition n°1 - Rompre avec la gouvernance entrepreneuriale	62
Proposition n°2 - Ne pas implanter le financement à l'activité	63
Proposition n°3 - Accroître le nombre d'actes que peuvent effectuer des professionnelles de la santé autres que les médecins	63
Proposition n°4 - Abolir le statut de travailleur autonome des médecins et modifier leur mode de rémunération	64
Proposition n°5 - Réduire la rémunération des médecins québécois	65
Proposition n°6 - Restituer l'autonomie des CLSC, accroître leurs pouvoirs et leur assujettir les GMF	66
Proposition n°7 - Accroître la transparence du réseau de la santé et des services sociaux	66
LEXIQUE	68
NOTES	71

LISTE DES GRAPHIQUES

GRAPHIQUE 1.1	Répartition par objets et bénéficiaires des dépenses du ministère de la Santé et des Services sociaux (en G \$), 2015-2016	17
GRAPHIQUE 1.2	Ventilation par catégories des dépenses du ministère de la Santé et des Services sociaux (en G \$), 2015-2016	18
GRAPHIQUE 1.3	Effectif et rémunération totale pour différentes catégories de travailleuses et travailleurs du système sociosanitaire québécois (2014-2015)	18
GRAPHIQUE 1.4	Augmentation annuelle des services à la population en santé et services sociaux (%), Québec, 2001-2002 à 2014-2015	20
GRAPHIQUE 1.5	Répartition des dépenses totales de santé au Québec par affectation de fonds (%), 1975-2014	21
GRAPHIQUE 1.6	Dépenses de santé totales, publiques, privées et hospitalo-médicales (en % du PIB), Québec, 1981-2015(p)	22
GRAPHIQUE 1.7	Dépenses de santé par habitant·e, évolution (\$/habitant), Québec, Ontario et Colombie-Britannique, 1975-2015	24
GRAPHIQUE 1.8	Les dépenses de santé en % des budgets provinciaux, 2009 et 2014	25
GRAPHIQUE 1.9	Portion du personnel clinique et auxiliaire comparativement au personnel cadre et administratif du réseau de la santé et des services sociaux du Québec (%), 2000-2012	26
GRAPHIQUE 1.10	Nombre d'établissements publics dans le réseau de la santé et des services sociaux, 1990-2016	28
GRAPHIQUE 2.1	Dépenses des établissements et des agences en technologies de l'information (en M \$), 2005-2006 à 2011-2012	39
GRAPHIQUE 3.1	Rémunération moyenne brute des médecins omnipraticiens (\$), Québec, Ontario, Colombie-Britannique et Canada, 2014-2015	43
GRAPHIQUE 3.2	Rémunération moyenne brute des médecins spécialistes (\$), Québec, Ontario, Colombie-Britannique et Canada, 2014-2015	44
GRAPHIQUE 3.3	Paiements cliniques totaux, pourcentage d'augmentation annuelle cumulée, Québec, Ontario, Colombie-Britannique et Canada, 2001-2002 à 2014-2015	45
GRAPHIQUE 3.4	Rémunération médicale en % du PIB, Québec, Ontario, Alberta et Canada	45
GRAPHIQUE 3.5	Rémunération annuelle moyenne ajustée au coût de la vie des médecins au Québec et en Ontario, 2014-2015	44

GRAPHIQUE 3.6	Évolution des dépenses de santé et de services sociaux et de la rémunération des médecins (% de croissance), Québec, 2010-2011 à 2014-2015	46
GRAPHIQUE 3.7	Évolution des services dispensés, du nombre de médecins et de la rémunération totale (1998=100), Québec, 1998-2013	46
GRAPHIQUE 3.8	Évolution de la pratique et des coûts des médecins omnipraticiens (2007=100), Québec, 2007-2011	47
GRAPHIQUE 3.9	Évolution de la pratique et des coûts des médecins spécialistes (2007=100), Québec, 2007-2011	47
GRAPHIQUE 3.10	Rémunération globale des médecins comparée au budget de certains ministères du gouvernement, en M\$, 2015-2016	48
GRAPHIQUE 3.11	Dépenses gouvernementales pour la rémunération médicale (% du PIB), Québec et Canada, 1999-2013	48
GRAPHIQUE 3.12	Part de la rémunération à l'acte dans la rémunération médicale totale, Québec, Ontario, Alberta et ensemble du Canada	53
GRAPHIQUE 3.13	Rémunération moyenne des médecins et salaire moyen (\$ courants), Québec, 2004-2014	53

LISTE DES SCHÉMAS

SCHÉMA 1	Configuration d'ensemble des programmes-services et programmes-soutien du réseau de santé et de services sociaux du Québec	19
SCHÉMA 2	Organisation du réseau de la santé et des services sociaux au 1 ^{er} avril 2015	27

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1.1	Dépenses par programmes budgétaires et autres, en M\$	19
TABLEAU 1.2	Répartition par programme des dépenses du réseau de la santé et des services sociaux du Québec	20
TABLEAU 1.3	Coûts des programmes « services médicaux » et « médicaments et services pharmaceutiques » de la RAMQ, en milliers de \$, 2007-2008 à 2014-2015	21
TABLEAU 2.1	Incitatifs, stratégies et risques du financement à l'activité	33
TABLEAU 2.2	Personnel du NHS de 1997 à 2005	34
TABLEAU 2.3	Type de financement des établissements du réseau de santé et services sociaux du Québec, 2016-2017	36
TABLEAU 2.4	Typologie des différents modes de budgétisation	38
TABLEAU 3.1	Services médicaux (rémunération des médecins) au Québec (en milliers de dollars), 2011-2012 et 2015-2016	46
TABLEAU 3.2	Rémunération brute des médecins, en excluant ceux et celles qui gagnent moins de 100 000 \$, Québec, (2014-2015)	47
TABLEAU 3.3	Rémunération nette des médecins sans incorporation en société par actions	51
TABLEAU 3.4	Calculs des charges et des bénéfices d'une société par action qui rémunère un médecin	51
TABLEAU 3.5	Rémunération nette des médecins avec incorporation en société par actions	51
TABLEAU 3.6	Calcul de l'épargne potentielle accumulée sur un an avec et sans société par actions	51
TABLEAU 3.7	Paiement clinique (autre que paiement à l'acte) selon le mode de paiement (en milliers de dollars), Québec, 2014-2015	52

LISTE DES SIGLES

AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
AMQ	Association médicale du Québec
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CISSS	Centres intégrés de santé et services sociaux
CIUSSS	Centres intégrés universitaires de santé et services sociaux
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CLSC	Centres locaux de services communautaires
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
DMS	Durée moyenne de séjour
DSQ	Dossier de santé Québec
FAA	Financement à l'activité
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes
GDC	Groupe de diagnostics connexes
GHM	Groupe homogène de maladie
GMA	Groupe de maladies analogues
GMF	Groupe de médecine familiale
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IRIS	Institut de recherche et d'informations socioéconomiques
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NGP	Nouvelle gestion publique
NHS	National Health Service
NIRRU	Niveau d'intensité relative des ressources utilisées
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
PCR	Pondération de la consommation des ressources
PDG	Président-directeur général
PIB	Produit intérieur brut
PME	Petite ou moyenne entreprise
QOF	Quality Outcome Framework
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
SPA	Société par actions
T2A	Tarifcation à l'activité

Introduction

Les dépenses en services de santé et services sociaux comptent pour plus du tiers des dépenses publiques au Québec. Comme ailleurs, l'ampleur des sommes consacrées aux besoins des populations à ce chapitre, soit près de 40G\$, suscite moult débats sur la méthode la plus optimale d'allocation de ces sommes.

Ce document examine les mécanismes actuels d'allocation de ressources aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux et aux médecins québécois. Ces deux postes de dépenses, les deux plus importants du système, sont habituellement traités de façon distincte. Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux sont financés pour l'essentiel en fonction de budgets dits historiques, tandis que les médecins tirent leur revenu en plus grande partie d'un mode de rémunération à l'acte.

Dans les pages qui suivent, notre objectif est à la fois de survoler le cadre général dans lequel s'inscrivent les débats qui portent sur l'allocation des ressources et de comprendre les tenants et aboutissants de différents mécanismes de financement ou d'allocation.

Le premier chapitre permet de faire le point sur la répartition du financement et des dépenses de santé en général, en fonction de différents découpages administratifs et de diverses sources de financement. Il permettra également de détailler les faits saillants des transformations en cours du domaine sociosanitaire, notamment dans le cadre de la réforme menée par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Le deuxième chapitre se penche sur le mode de budgétisation des établissements. Il décortique la proposition de migration vers le financement à l'activité* en montrant la provenance, les modalités et les effets pervers de ce mode d'allocation des ressources, à la lumière notamment d'exemples tirés de l'étranger.

Le troisième chapitre aborde le thème de la rémunération médicale. L'ampleur de l'enveloppe budgétaire et des autres sommes consacrées aux médecins a connu une hausse fulgurante durant les dix dernières années, et cette situation motive une remise en cause du mode de paiement dominant au Québec, la rémunération à l'acte*.

Enfin, un quatrième chapitre formulera sept propositions visant à transformer le réseau de la santé et des services sociaux québécois. Des diagnostics clairs ont été posés sur les maux hérités des politiques publiques néolibérales* appliquées dans ce domaine. Il s'agit maintenant de mettre en œuvre un changement de cap, sans quoi la capacité de répondre aux besoins de santé de la population québécoise risque de connaître des reculs sévères.

CHAPITRE 1

État du système sociosanitaire

L'objectif de ce premier chapitre est de cerner l'objet de la présente étude, à savoir l'organisation et le budget du système sociosanitaire du Québec.

À cet égard, nous dresserons d'abord un portrait de la répartition des dépenses de santé, puis nous reviendrons sur l'historique récent du système, en particulier les réformes qui ont transformé sa nature et son fonctionnement depuis 25 ans.

Ainsi, nous nous intéressons aux données pertinentes en ce qui a trait à l'allocation des ressources et à la budgétisation du système sociosanitaire québécois. Dans ce texte, l'« allocation des ressources » est un terme générique qui fait référence à la distribution des ressources financières au sein d'un système de santé.

Quant à la « budgétisation », le rapport Bédard, publié en 2002 et portant sur « la budgétisation et la performance financière des centres hospitaliers », l'a définie comme un « ensemble de procédures qui visent à fixer le niveau de revenus et de dépenses que devra respecter chacun des établissements durant un exercice financier donné¹ ». Nous élargirons cette définition pour y intégrer également les budgets qui concernent la rémunération des médecins, laquelle n'est pas gérée par des établissements de santé, mais plutôt par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

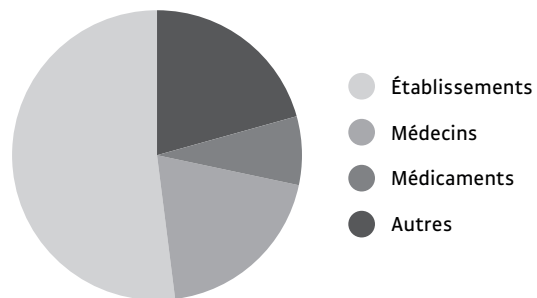
PORTRAIT DU SYSTÈME SOCIOSANITAIRE QUÉBÉCOIS

Les dépenses de santé et de services sociaux faites par le gouvernement du Québec se sont élevées en 2015-2016 à 32,7 G\$². Le graphique 1.1 affiche la répartition de ces dépenses dans quelques grandes catégories.

La part du lion de ces dépenses est allée au financement des services à la population à travers les établissements de santé et de services sociaux, soit 17 G\$. Ensuite viennent les médecins, qui empochent près de 7 G\$, soit 21 % du budget de la santé et des services sociaux. Ensemble, les dépenses liées aux établissements et aux

Graphique 1.1

Répartition par objets et bénéficiaires des dépenses du ministère de la Santé et des Services sociaux (en G \$), 2015-2016



SOURCE MINISTÈRE DES FINANCES DU QUÉBEC, *Comptes publics 2015-2016 - volume 2*, 2016, p. 292, en ligne : www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol2-2015-2016.pdf. Calculs des auteur·e·s.

médecins comptent donc pour 54 % des dépenses de santé et de services sociaux du gouvernement québécois.

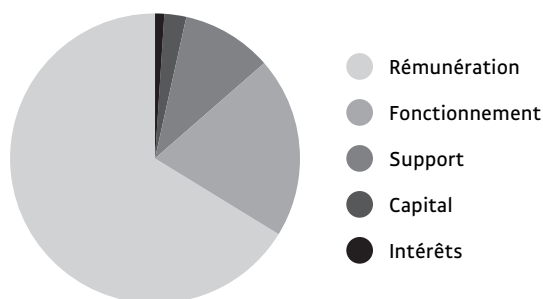
La troisième dépense en importance concerne les médicaments déboursés à travers le régime public d'assurance médicaments, qui coûte à l'État 2,5 G\$. La somme qui reste, environ 6,3 G\$, est répartie en plusieurs catégories, dont celles liées au service de la dette des établissements (1,1 G\$), aux régimes de retraite (1 G\$), aux ressources de type familial (558 M\$), aux organismes communautaires (545 M\$) et aux transporteurs ambulanciers (496 M\$).

Le graphique 1.2 permet de voir la ventilation des dépenses en fonction de cinq grandes catégories du ministère, soit la rémunération, le fonctionnement, le support, le capital et les intérêts. On s'aperçoit cette fois que près des deux tiers du financement servent à payer les travailleuses et les travailleurs de la santé.

Cette proportion peut sembler élevée, mais rappelons que les effectifs du système sociosanitaire avoisinent 300 000 personnes. Parmi ces travailleuses et ces travailleurs, on trouve près de 200 000 professionnelles salariées telles que les infirmières, les préposées aux bénéficiaires

Graphique 1.2

Ventilation par catégories des dépenses du ministère de la Santé et des Services sociaux (en G \$), 2015-2016



SOURCE MINISTÈRE DES FINANCES DU QUÉBEC, *Comptes publics 2015-2016 - volume 2*, 2016, p. 294, en ligne : www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol2-2015-2016.pdf; RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, *Rapport annuel de gestion 2014-2015*, en ligne : www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/citoyens/fr/rapports/rappann1415.pdf. Calculs des auteurs.

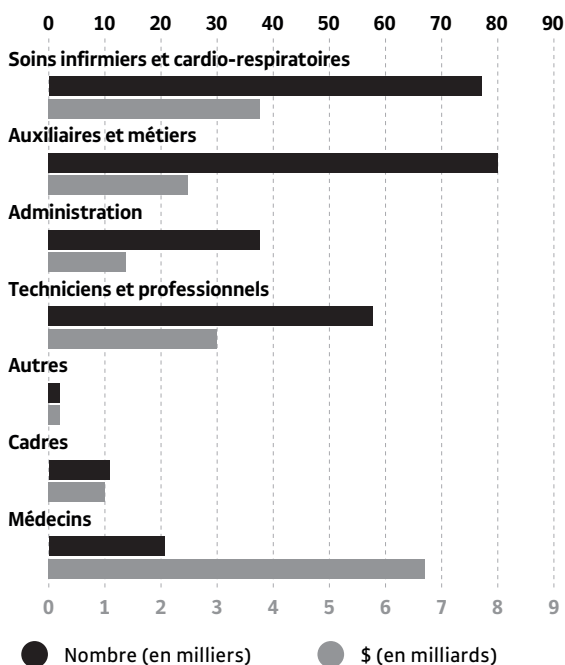
et autres techniciennes ou professionnelles de la santé. On compte également près de 80 000 personnes chargées de l'administration ou du soutien auxiliaire. Enfin, il faut y ajouter approximativement 20 000 médecins.

Le graphique 1.3 compare la taille des effectifs (en incluant les médecins) aux sommes totales obtenues par chacune de ces catégories de travailleurs. On constate d'abord que les auxiliaires et métiers constituent la catégorie de travailleurs la plus nombreuse et qu'ils reçoivent une rémunération totale de 2,5 G \$, pour un salaire moyen de 38 271 \$. Les infirmières sont un peu moins nombreuses et reçoivent un peu moins de 4 G \$ pour leur travail, soit un salaire moyen de 61 238 \$. Les 59 000 techniciens et professionnelles reçoivent près de 3 G \$, ce qui équivaut à un salaire moyen de 60 929 \$. Viennent ensuite 11 000 cadres qui se partagent 1 G \$, pour un salaire moyen de 92 089 \$. Finalement, les médecins sont les moins nombreux (21 169), mais obtiennent des gains cumulés de 6,7 G \$, soit une moyenne de 316 500 \$ par médecin.

En 2016-2017, l'ensemble du budget de la santé et des services sociaux au Québec s'élevait à 38,4 G \$, en hausse de 1,95 % par rapport à l'année précédente³. La moyenne d'augmentation annuelle des dépenses de santé a été de 5 % entre 2000 et 2015⁴. Ce poste a donc subi des compressions sévères dans les dernières années. À cet effet, le graphique 1.4 montre l'évolution annuelle des dépenses dans la seule catégorie des services dispensés à la population. Après une croissance moyenne de 6 % entre

Graphique 1.3

Effectif et rémunération totale pour différentes catégories de travailleuses et travailleurs du système sociosanitaire québécois (2014-2015)



SOURCE DIRECTION GÉNÉRALE DU PERSONNEL RÉSEAU ET MINISTÉRIEL et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, dir., *L'effectif du réseau de la santé et des services sociaux*, 2016, en ligne : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/ressources-humaines/Denombrement-et-remuneration-Effectif-RSSS-2014-2015.xlsx ; RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, *Rapport annuel de gestion 2014-2015*, en ligne : www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/citoyens/fr/rapports/rappann1415.pdf.

2003-2004 et 2010-2011, la hausse annuelle diminue de 2,15 % par année, jusqu'à une croissance limitée à guère plus de 1,0 % pour les années 2013-2014 et 2015-2016.

Le tableau 1.1 est tiré des comptes de la santé 2013-2014, 2014-2015, 2015-2016⁵. Il présente les dépenses

^a Les données fournies par le budget de dépenses du ministère des Finances ou le rapport annuel du ministère de la Santé et des Services sociaux varient. Le périmètre comptable est modifié et la présentation des données change d'un organisme à l'autre, ce qui complique la collecte des données. Les données sont plus difficiles encore à comparer à celles qui proviennent des organismes fédéraux, notamment l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), alors que les données de cet organisme sont les seules à permettre des comparaisons interprovinciales et à utiliser un système de comptabilité permettant des comparai-

Tableau 1.1

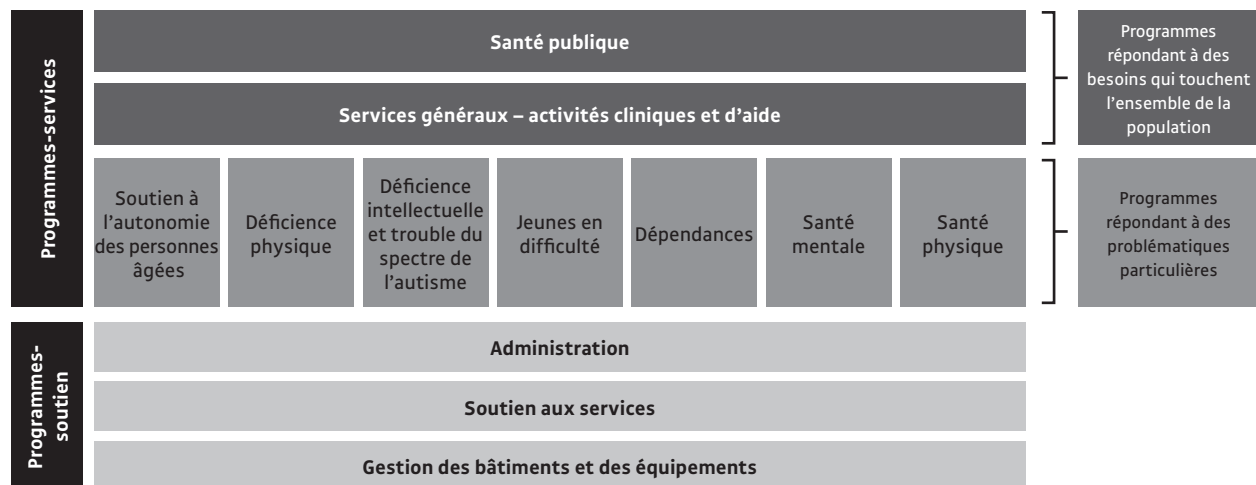
Dépenses par programmes budgétaires et autres, en M\$

	2013-2014	2014-2015	2015-2016p	Variation annuelle moyenne
Fonctions de coordination	119	114	135	6,6
Services dispensés à la population				
Établissements de santé et de services sociaux	17 411	17 805	17 915	1,4
Organismes communautaires et autres organismes	530	526	529	-0,1
Activités connexes	2 800	3 007	2 983	3,2
Service de la dette	1 194	1 359	1 416	8,9
Sous-total	21 935	22 697	22 843	2,0
Office des personnes handicapées du Québec	12	11	12	
Régie de l'assurance maladie du Québec	9 022	9 391	9 861	4,5
Total	31 088	32 213	32 851	2,8

p = projection

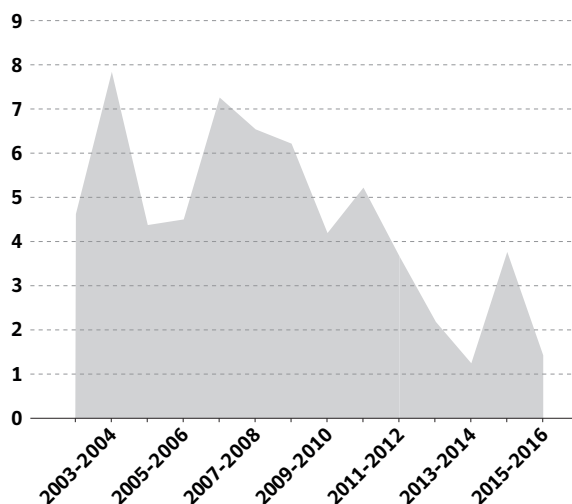
SOURCE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Comptes de la santé 2013-2014, 2014-2015, 2015-2016, 2016*, en ligne : publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-614-01W.pdf, p. 13.

Schéma 1

Configuration d'ensemble des programmes-services et programmes-soutien du réseau de santé et de services sociaux du Québec

SOURCE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Comptes de la santé 2013-2014, 2014-2015, 2015-2016, 2016*, en ligne : publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-614-01W.pdf, p. 24.

Graphique 1.4

Augmentation annuelle des services à la population en santé et services sociaux (%), Québec, 2001-2002 à 2014-2015

SOURCE MINISTÈRE DES FINANCES DU QUÉBEC, *Comptes publics 2015-2016 - volume 2, 2001-2002 à 2015-2016*, en ligne : www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol2-2015-2016.pdf.

cette fois sous forme de programmes budgétaires. On y trouve les quatre programmes de dépenses de santé et services sociaux, soit les fonctions de coordination ministérielle, les services à la population, l'Office des personnes handicapées du Québec et la Régie de l'assurance maladie du Québec, qui gère les deux grands régimes publics d'assurances, l'assurance maladie et l'assurance médicaments.

Mais les budgets du MSSS sont également organisés historiquement en fonction d'autres types de programmes, à savoir les neuf programmes-services*, qui concernent directement les services de santé, et les programmes-soutien qui regroupent l'ensemble des services non cliniques, de la gestion des bâtiments jusqu'à l'administration. Selon le MSSS, « [c]ette configuration fournit un cadre pour la planification, la budgétisation, l'allocation des ressources et la reddition de comptes⁵ ». Le schéma 1 illustre cette organisation des programmes en santé et services sociaux.

sons historiques remontant jusqu'à 1975. C'est en partie pour pallier ce problème que le gouvernement québécois a mis en place les « comptes de la santé », soit une présentation considérablement simplifiée des données budgétaires en santé et services sociaux. Ces données exhaustives sont toutefois relativement récentes, ce qui ne permet pas encore de remonter plus loin que la moitié des années 2000.

Tableau 1.2

Répartition par programme des dépenses du réseau de la santé et des services sociaux du Québec

	2013-2014	2014-2015 ^p	Part relative 2014-2015
Programmes services			
Santé publique	333	336	1,6 %
Services généraux – activités cliniques et d'aide	741	778	3,7 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	3 196	3 303	15,6 %
Déficiences physique	608	625	2 %
Déficiences intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme	976	1 004	4,7 %
Jeunes en difficulté	1 173	1 216	5,7 %
Dépendances	114	115	0,6 %
Santé mentale	1 263	1 287	6,1 %
Santé physique	7 670	7 815	36,8 %
Sous-total	16 074	6 479	77,7 %
Programmes-soutien			
Administration	1 455	1 452	6,8 %
Soutien aux services	1 652	1 651	7,8 %
Gestion des bâtiments et des équipements	1 632	1 635	7,7 %
Sous-total	4 739	4 738	22,3 %
Total	20 813	21 217	100 %

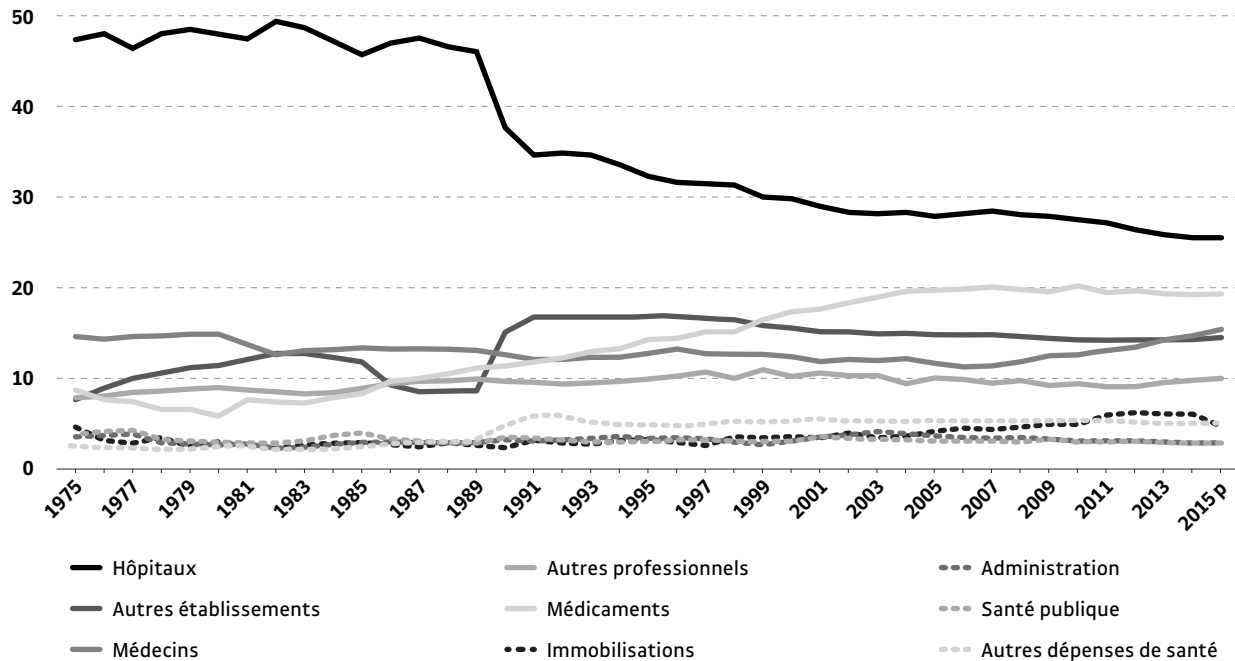
p = projection

SOURCE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Comptes de la santé 2013-2014, 2014-2015, 2015-2016, 2016*, en ligne : publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-614-01W.pdf, p. 27.

Le tableau 1.2 permet ensuite de voir quelles sommes ont été dépensées pour chacun de ces programmes en 2013-2014 et la projection pour 2014-2015 de ces montants et de leur part relative par rapport à l'ensemble des dépenses des programmes du réseau.

On y voit que le programme-services dont les dépenses sont les plus élevées est celui de la santé physique avec 36,8 % du total. Il comprend « les urgences, les épisodes

Graphique 1.5

Répartition des dépenses totales de santé au Québec par affectation de fonds (%), 1975-2014

p = projection

SOURCE INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Tendances nationales des dépenses de santé 1976-2014*, Tableaux de données, Série D. 1.5.2, 2015.

Tableau 1.3

Coûts des programmes « services médicaux » et « médicaments et services pharmaceutiques » de la RAMQ, en milliers de \$, 2007-2008 à 2014-2015

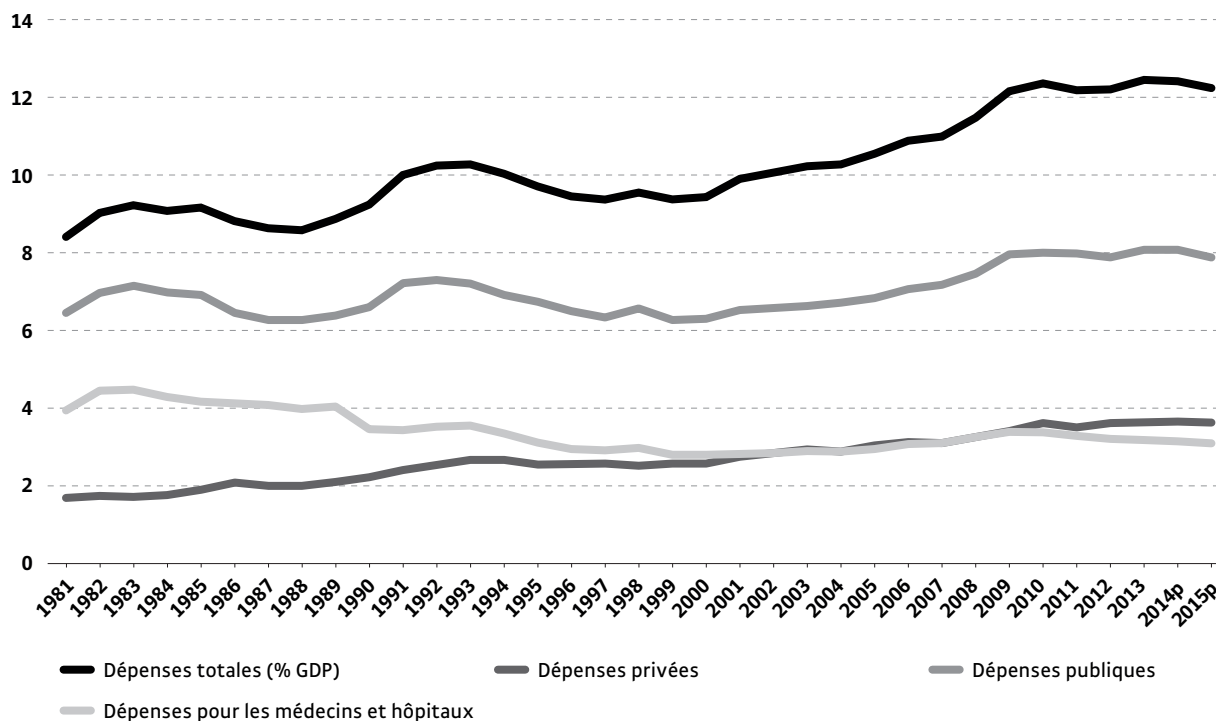
	Services médicaux		Médicaments et services pharmaceutiques	
2007-2008	3 810 522 \$	6,7 %	2 864 694 \$	8,6 %
2008-2009	4 286 051 \$	12,5 %	3 002 840 \$	4,8 %
2009-2010	5 065 281 \$	18,2 %	3 171 834 \$	5,6 %
2010-2011	5 553 165 \$	9,6 %	3 213 404 \$	1,3 %
2011-2012	5 797 954 \$	4,4 %	3 326 195 \$	3,5 %
2012-2013	6 528 115 \$	12,6 %	3 351 551 \$	0,8 %
2013-2014	6 753 868 \$	3,5 %	3 344 619 \$	-0,2 %
2014-2015	7 323 018 \$	8,4 %	3 504 558 \$	4,8 %
Moyenne 8 ans		9,5 %		3,7 %

SOURCE RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, *Rapport annuel de gestion, 2007-2008 à 2015-2016*.

de soins aigus et les visites en soins ambulatoires [spécialisés] ainsi que les visites spécialisées à domicile, les soins palliatifs⁶, etc. Suit ensuite à un niveau de moitié supérieur le « soutien à l'autonomie des personnes âgées », avec 15,6 % des dépenses totales des programmes du réseau. Les deux programmes-services suivants sont ceux de la santé mentale (6,1 %) et des jeunes en difficulté (5,7 %). Les trois programmes-soutien reçoivent chacun une part similaire des ressources financières destinées au réseau, soit 6,8 % pour l'administration, 7,8 % pour le soutien aux services et 7,7 % pour la gestion des bâtiments et des équipements.

La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) est un autre organisme qui réalise une part des dépenses de santé et de services sociaux au Québec et qui émet également des données sur ces dépenses, notamment dans son rapport annuel. Le tableau 1.3 montre le coût des différents programmes financés par la RAMQ. On retrouve sans surprise en tête des services qui accaparent le plus de ressources les deux postes budgétaires associés aux deux grandes missions de la RAMQ, soit la rémunération des médecins (7,3 G \$) et les dépenses pour les médicaments assurés du régime général d'assurance médicaments du Québec (3,5 G). En comparant ces deux

Graphique 1.6

Dépenses de santé totales, publiques, privées et hospitalo-médicales (en % du PIB), Québec, 1981-2015(p)

p = projection

SOURCE INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Tendances nationales des dépenses de santé 1976-2014*, Tableaux de données, Série B et D. 1.5.2, 2015.

missions, on constate à quel point l'augmentation annuelle moyenne des dépenses en services médicaux, à 9,5 %, est extrêmement élevée. Celle des médicaments et services pharmaceutiques est de 3,7 %.

Les données d'un organisme fédéral, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), présentent l'avantage de faciliter la comparaison de données sur une longue période. Le graphique 1.5 permet de voir comment ont évolué les différentes affectations de fonds parmi les dépenses totales de santé. Notons qu'il s'agit cette fois de dépenses totales, c'est-à-dire qu'elles comprennent tant les dépenses privées que les dépenses publiques, donc les dépenses de l'État, celles des assureurs privés et les dépenses réalisées directement par les patient·e·s.

On y observe ainsi que les dépenses pour les établissements hospitaliers connaissent une baisse marquée au fil du temps. De près de la moitié des dépenses totales de santé dans les années 1970, elles ne sont plus que d'environ 25 % de nos jours. La courbe qui a connu la plus forte hausse est celle des médicaments qui, avant de se stabiliser dans les dernières années aux environs de 20 % des dépenses de santé, était inférieure à 6 % au tournant des

années 1980. Le virage ambulatoire du milieu des années 1990, qui visait la réduction de l'utilisation des centres hospitaliers au profit d'autres ressources (ex. : les services à domicile), fait diminuer considérablement les dépenses hospitalières, mais fait bondir les dépenses de l'ensemble des autres établissements. Par ailleurs, le bilan de cette transition doit être mis en doute, puisque l'État n'a pas compensé entièrement par des services de première ligne la réduction des services hospitaliers imposée au nom du déficit zéro. Durant cette période, les ressources consacrées à la santé publique n'ont par ailleurs pas augmenté, ce qui constitue en soi un constat d'échec du virage ambulatoire. La hausse majeure des dépenses en médicaments montre en revanche que les efforts consentis à la prévention en amont sont incomparables à ceux consacrés aux soins sous forme de traitements médicamenteux en aval. Enfin, notons que les largesses du gouvernement québécois à l'endroit des médecins apparaissent clairement depuis une dizaine d'années avec une augmentation rapide des dépenses dans cette affectation de fonds, qui accapare désormais un niveau de quatre points de pourcentage plus élevé qu'en 2006.

Pour avoir un portrait plus juste de la situation, il faut également considérer la composition de ces dépenses, c'est-à-dire la part du réseau public et les dépenses privées (tant par les particuliers que par des régimes privés d'assurance). Cette répartition est illustrée au graphique 1.6. Rappelons que contrairement à la croyance populaire, le système de santé québécois fait une vaste place au privé, soit environ 30 % des dépenses totales de santé, un chiffre supérieur à celui de la moyenne des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)⁷.

Entre 1981 et le début des années 2000, les dépenses totales de santé fluctuent tout en demeurant proches d'une moyenne de 9 %. Par la suite, on remarque une croissance plus soutenue jusqu'au début des années 2010 où les dépenses se stabilisent autour de 12 % du PIB. Alors que dans les années passées, on observait des variations cycliques, la situation d'aujourd'hui semble être différente : les dépenses de santé n'ont pas diminué en pourcentage du PIB suite à la dernière crise économique. L'explication ne se trouve pas dans l'évolution du numérateur (les dépenses de santé), mais plutôt dans celle du dénominateur (le PIB). En effet, la stagnation économique dans laquelle le Québec semble être engagé a maintenu ce ratio élevé, et ce, en dépit de coupures draconiennes dans les services.

Une autre observation intéressante que l'on peut tirer du graphique 1.6 tient à l'évolution contrastée des dépenses gouvernementales de santé et de celles du privé. Alors que les premières n'ont connu qu'une augmentation de 1 % depuis 1981, les secondes ont plus que doublé en pourcentage du PIB, passant de 1,6 % du PIB à 3,6 %.

Enfin, si l'on considère les dépenses qui regroupent uniquement les hôpitaux et les médecins, soit celles couvertes par le financement originel de la santé lors de la mise en place d'un système universel public et gratuit, elles ont diminué, passant d'environ 4 % du PIB au début des années 1990 à environ 3 % aujourd'hui. En d'autres mots, les dépenses privées en santé sont désormais plus élevées que la combinaison des dépenses pour les hôpitaux et les médecins, les deux catégories sur lesquelles l'État a le plus de pouvoir. Il s'agit également des deux affectations de fonds dont il sera question aux chapitres 2 et 3 de cette étude.

Une autre donnée pertinente, mais méconnue, pour prendre la mesure des dépenses en santé est celle des dépenses gouvernementales de santé par habitant, donnée qui nous permet notamment une comparaison avec les provinces canadiennes. Alors qu'on insiste sur l'importance des dépenses de santé au Québec, on oublie parfois qu'il s'agit en fait de la province qui dépense le moins par personne à ce chapitre. Le graphique 1.7 compare

l'évolution des dépenses par personne du Québec à celle de deux provinces canadiennes : l'Ontario et la Colombie-Britannique. Depuis le début de la période observée, les dépenses par habitant dans la province de l'ouest se maintiennent au niveau le plus élevé. Le Québec et l'Ontario ont toutefois échangé leurs positions à quelques reprises dans les 40 dernières années, tout en demeurant sous le niveau de la Colombie-Britannique. Depuis le tournant des années 2000, le Québec dépense toutefois systématiquement moins par habitant.

Les courbes du graphique 1.7 montrent de surcroît l'effet des politiques d'austérité dans les dernières années en Ontario et au Québec. Bien que le niveau de l'Ontario demeure au-dessus de celui du Québec, son recul est plus marqué. La réduction des tarifs des actes médicaux fait partie des mesures utilisées par le gouvernement ontarien pour rétablir l'équilibre budgétaire. Au Québec, le ministre de la Santé et des Services sociaux s'est contenté d'un report des augmentations prévues, par ailleurs considérablement plus élevées qu'en Ontario.

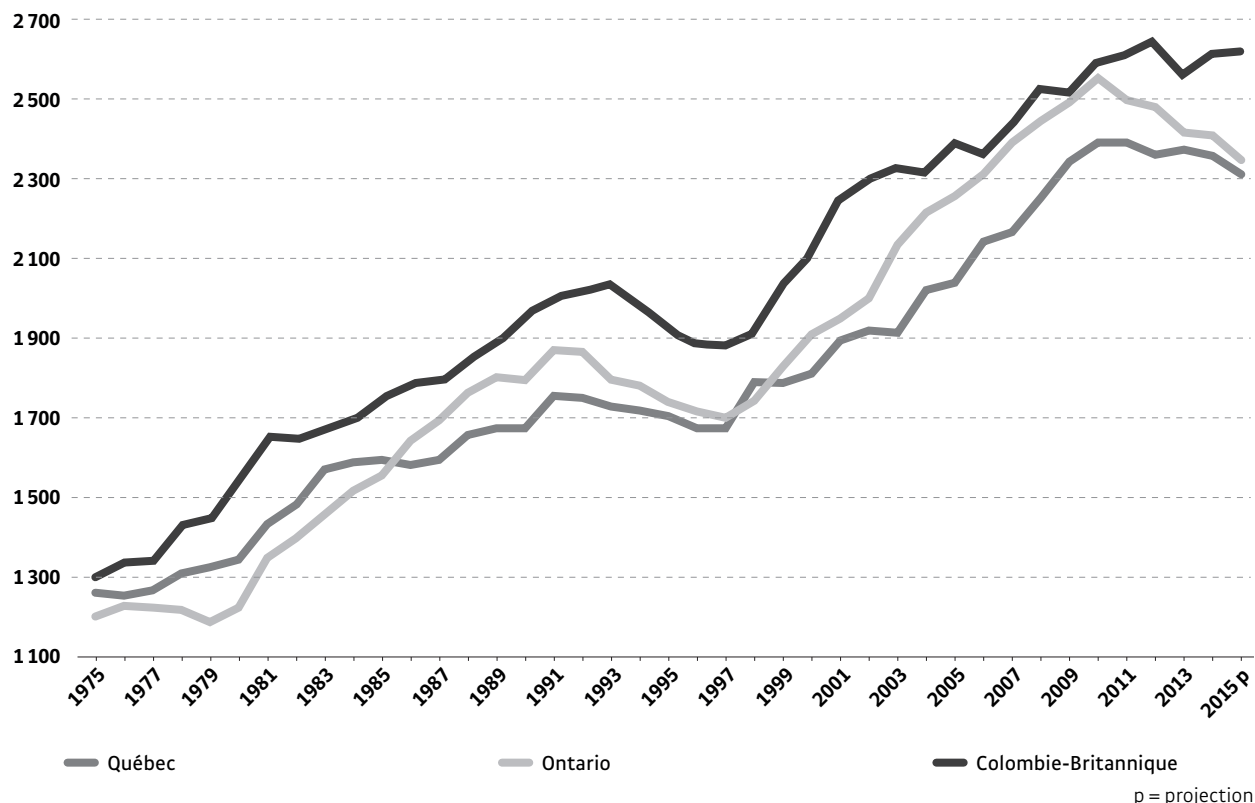
Enfin, le graphique 1.8 montre les dépenses de santé par rapport à l'ensemble du budget respectif des provinces canadiennes. On note la situation distincte du Québec, avec une proportion plus basse que celle des autres provinces, soit environ 30 %. Cette part a même diminué entre 2009 et 2014. La situation différente du Québec s'explique par le fait que les dépenses de services sociaux, non comprises dans ce graphique, y sont nettement plus importantes que dans les autres provinces.

■

Les graphiques et tableaux présentés dans cette première partie servent d'introduction générale aux différentes manières de considérer les dépenses de santé et de services sociaux au Québec. On y a vu que les deux plus grands postes budgétaires sont ceux des établissements de santé et des médecins. On y a vu également comment le MSSS répartit les ressources en différents programmes. On a montré ensuite comment évolue plus globalement l'ensemble des dépenses de santé, tant publiques que privées, avant de montrer comment se compare le Québec aux autres provinces canadiennes. Ces données brutes ne prennent véritablement un sens que lorsque comprises dans le cadre institutionnel des politiques publiques en matière de santé et de services sociaux. C'est ce que nous abordons dans la prochaine section.

Graphique 1.7

Dépenses de santé par habitant-e, évolution (\$/habitant), Québec, Ontario et Colombie-Britannique, 1975-2015



p = projection

SOURCE INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Tendances nationales des dépenses de santé 1976-2014*, Tableaux de données, Série B 4.8, 2015.

**CONTEXTE SOCIOSANITAIRE :
25 ANS DE RÉFORMES**

Le système sociosanitaire québécois a connu de nombreuses réformes d'envergure sur une période relativement courte. Ces réformes ont chaque fois chamboulé de vastes écosystèmes organisationnels au moment où l'on pouvait espérer qu'ils trouvent un certain équilibre.

LES RÉFORMES CÔTÉ ET COUILLARD

Au début des années 1990, le ministre libéral Marc-Yvan Côté a lancé une réforme du système qui s'inspirait des conclusions du rapport de la Commission Rochon, déposé dans les années 1980⁸. Cette réforme visait à mettre en œuvre une régionalisation qui réduirait la toute-puissance du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). La centralisation était contraire à l'objectif initial du système qui visait, au début des

années 1970, à confier une certaine latitude à un vaste réseau d'entités locales et bien enracinées dans les communautés, les centres locaux de services communautaires (CLSC). Le rapport Rochon proposait de renouer jusqu'à un certain point avec cet idéal, et la réforme Côté créera des Régies régionales devant concrétiser le transfert de la prise de décision à des organismes régionaux décentralisés.

La réforme n'est toutefois pas à la hauteur des recommandations de la commission présidée par Jean Rochon, et la régionalisation s'avère davantage une nouvelle façade qu'une véritable transformation du réseau. Le D^r Rochon se lance alors en politique et se fait élire avec le Parti québécois en 1994 afin de mener sa réforme à bon port. Le «virage ambulatoire» qu'il pilote est une politique qui vise à réduire l'utilisation des services hospitaliers et à accroître l'utilisation d'autres ressources, comme les soins à domicile. Toutefois, cette réforme s'effectue finalement dans un contexte d'austérité sévère qui vise à rétablir le déficit zéro au Québec. Le passage de Jean Rochon au

ministère de la Santé et des Services sociaux est donc plutôt associé à des coupes massives de services, des fermetures d'hôpitaux ou encore des mises à la retraite d'une ampleur sans précédent et dont le réseau porte toujours les cicatrices.

Après son élection en 2003, le gouvernement libéral de Jean Charest entreprend sa propre réforme du système sociosanitaire québécois. Les Régies, qui n'ont jamais reçu les pouvoirs prévus par la réforme de 1991, sont transformées en Agences (régionales) de la santé et de services sociaux (ASSS), semblables au modèle britannique des « fiduciaires du Service national de la Santé » (*NHS Trusts*). Celles-ci sont censées gérer les fonds de la santé et des services sociaux et allouer les budgets aux établissements de façon plus autonome que dans le cadre d'une plus grande centralisation ministérielle. Mais comme dans le cas des Régies des années 1990, les Agences des années 2000 ne parviendront pas à faire œuvre utile dans un réseau sociosanitaire qui demeure centralisé; et très tôt, des intervenant·e·s réclameront leur abolition^a.

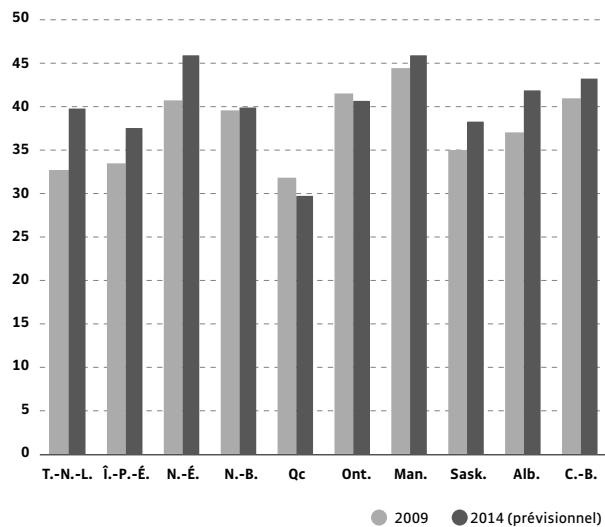
La réforme pilotée par Philippe Couillard en 2004 crée à son tour des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui deviennent une structure intermédiaire entre les Agences régionales et les points de service. De fait, la création des CSSS découle de la fusion d'établissements auparavant autonomes, tels que les centres hospitaliers, CLSC, centres jeunesse, CHSLD, centres de réadaptation, etc. Cette réforme visait officiellement à mieux coordonner les services dans une même région de taille moyenne. Malgré sa pertinence en théorie au plan de l'intégration des soins (une meilleure coordination dans le travail effectué par un ensemble d'établissements plus ou moins complémentaires et géographiquement rapprochés), elle engage le système de santé plus avant sur la voie d'une gouvernance entrepreneuriale. Celle-ci fait de plus en plus appel à des modes de gestion inspirés du privé pour le secteur public, en plus de compter de plus en plus sur le secteur privé pour la prestation de soins.

La réforme Couillard constitue une accélération de ce qu'on appelle la Nouvelle gestion publique (NGP)⁹, un processus continu de transformation des services de l'État qui calque le fonctionnement de l'entreprise privée.

^a La Coalition Avenir Québec, notamment avec Gaétan Barrette avant qu'il ne passe au Parti libéral du Québec, en fait l'un de ses engagements électoraux. LA PRESSE CANADIENNE, « Le ministre Bolduc attaque François Legault et le Dr Gaétan Barrette », *Le Devoir*, 2011, en ligne : www.ledevoir.com/societe/sante/337598/le-ministre-bolduc-attaque-francois-legault-et-le-dr-gaetan-barrette-le-ministre-bolduc-attaque-francois-legault-et-le-dr-gaetan-barrette.

Graphique 1.8

Les dépenses de santé en % des budgets provinciaux, 2009 et 2014



SOURCE Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015*. Ottawa, 2015.

La NGP est une application des idéaux et principes du néolibéralisme à la sphère de la gestion des entreprises publiques ou privées. Elle implique une soumission toujours plus grande aux intérêts et aux directives des « actionnaires » du « marché ».

On observe cette approche dans la réforme de 2004¹⁰. On accroît le recours au secteur privé par le biais de la privatisation ou de la sous-traitance, on considère désormais les citoyens comme des clients, et le personnel administratif est confiné à un rôle de pure mise en œuvre, qui neutralise l'initiative ou le rôle possible de relais des intrants issus du personnel, des patient·e·s ou de la communauté desservie.

Le professeur Denis Bourque de l'Université du Québec en Outaouais a synthétisé les principes idéologiques qui ont guidé la réforme de 2004¹¹ :

- On considère que les problèmes de dispensation des services proviennent d'une « carence » de gestion.
- On axe le discours sur la décentralisation, alors que dans les faits il y a « déconcentration* » et croissance du contrôle (et donc de la centralisation) à partir d'objectifs déterminés d'en haut (*top down*), au nom d'une rationalisation des structures.
- On invoque une structure rapprochée du « client », mais il y a réduction de la participation citoyenne et transformation des gens en consommateurs individuels.
- On confie à des organisations une plus grande

responsabilité administrative, mais elle est conditionnée par une obligation d'efficacité et de recherche de performance (récompensée par des incitatifs monétaires : primes au rendement des gestionnaires).

- On soumet les établissements à des procédures contractuelles (ententes de gestion) : détermination de cibles fixant et quantifiant les objectifs (cibles en termes financiers et en termes d'activités, bonnes pratiques, données probantes, etc.).
- On conçoit les services professionnels comme une série séquentielle d'actes techniques que l'on peut soumettre à l'analyse des gaspillages (méthode *Lean*), d'où une uniformisation et une standardisation technique des pratiques.
- On accroît l'utilisation des technologies de l'information : monitoring des clientèles, processus, résultats...

En dépit de sa préférence pour la privatisation des services, que l'idéologie néolibérale présente comme devant entraîner un allègement de la bureaucratie, la NGP et la gouvernance entrepreneuriale requièrent davantage de personnel administratif. La réforme de 2004 ne fait pas exception : présentée comme façon de réduire le nombre de cadres, elle a plutôt augmenté leur nombre, comme le montre le graphique 1.8. Entre 2000 et 2012, la proportion du personnel clinique a diminué parmi les effectifs du réseau de la santé et des services sociaux, au profit du personnel cadre et administratif.

LA RÉFORME BARRETTE

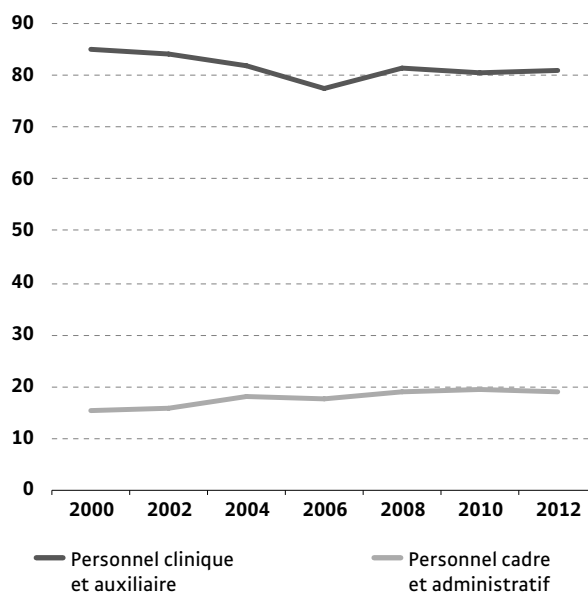
Après l'élection d'un gouvernement libéral en 2013 s'annonce une autre vague de chambardements du système sociosanitaire. Le nouveau ministre de la Santé et des Services sociaux, Gaéтан Barrette, un ancien critique de Couillard, se lance à fond de train dans une reconfiguration du système de santé.

Celle-ci survient alors que le réseau se remettait à peine des fusions de 2004 et que l'on commençait à apprivoiser les nouvelles structures. Les initiatives du ministre Barrette se caractérisent par l'absence de références aux travaux scientifiques sur l'administration d'un système de santé. Le ministre a ainsi négligé les avertissements de Henry Mintzberg, gourou du management de l'Université McGill, qui a souligné comment de vastes organisations telles que des systèmes de santé sont des écosystèmes qu'on ne peut bouleverser aussi fréquemment et de manière aussi cavalière¹².

Alors qu'il plaidait pour l'abolition des ASSS lorsqu'il était président de la Fédération des médecins spécialistes

Graphique 1.9

Portion du personnel clinique et auxiliaire comparativement au personnel cadre et administratif du réseau de la santé et des services sociaux du Québec (%), 2000-2012



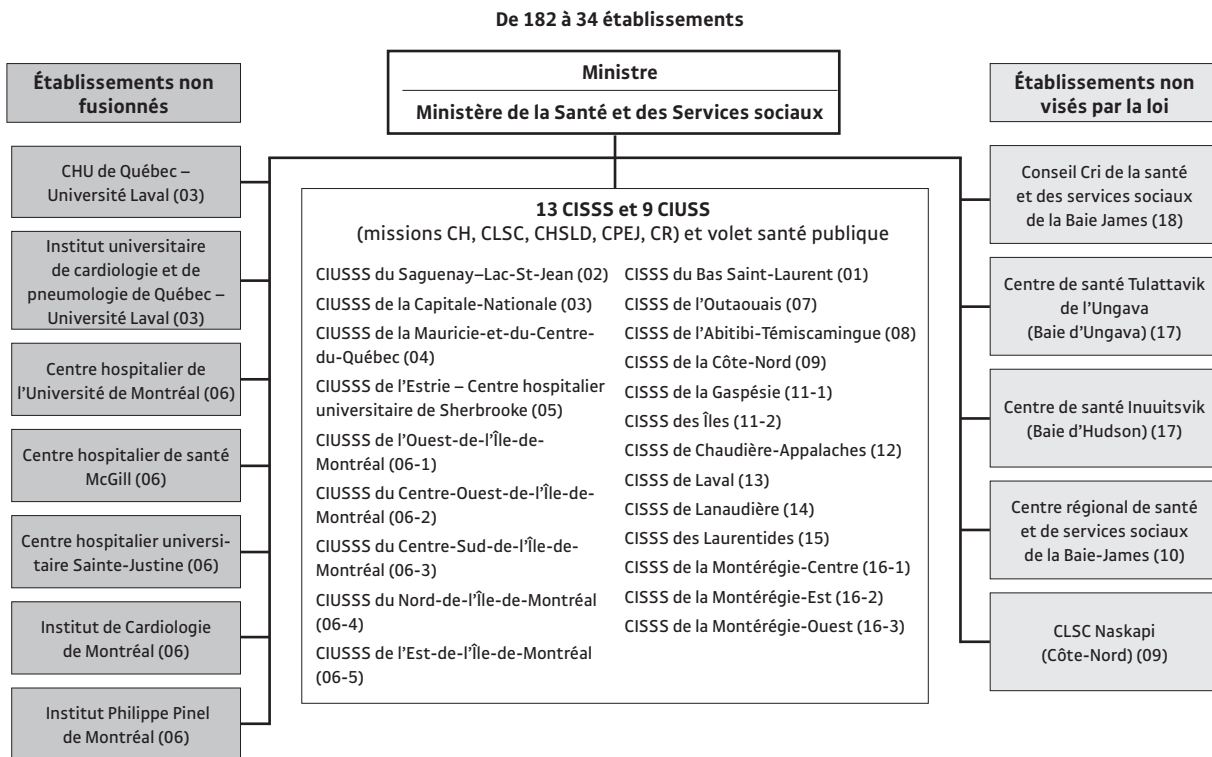
SOURCE HÉBERT, Guillaume, *La gouvernance en santé au Québec*, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS), 2014, en ligne : iris-recherche.s3.amazonaws.com/uploads/publication/file/Note-Gouvernance-sante-WEB.pdf.

du Québec (FMSQ), Gaéтан Barrette ira beaucoup plus loin en faisant adopter, sous le bâillon, le projet de loi 10 qui crée une nouvelle instance régionale, les Centres intégrés de santé et services sociaux (CISSS, ou CIUSSS s'ils comprennent des installations universitaires)¹³. Il s'ensuit une centralisation sans précédent du système sociosanitaire québécois.

Les présidents-directeurs généraux (PDG) des CI(U)SSS sont désormais nommés et révoqués par le ministre lui-même. Les conseils d'administration de ces établissements sont depuis réputés n'être que des courroies de transmission des volontés du ministre. Cette approche constitue donc une avancée de la gouvernance entrepreneuriale décrite plus haut : on veut que le personnel des organisations réponde aux directives des dirigeants plutôt que d'acheminer des préoccupations du bas vers le haut. Les conseils d'administration ne peuvent plus servir de leviers d'équilibre face aux décisions centralisées au ministère^a.

^a Voir par exemple le cas de Joan Simard qui démissionnait en octobre 2016 de son poste de vice-présidente du conseil d'administration

Schéma 2

Organisation du réseau de la santé et des services sociaux au 1^{er} avril 2015

SOURCE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Portrait organisationnel du réseau*, page consultée le 1^{er} décembre 2016, en ligne : www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/portrait.

Comme on peut le voir au graphique 1.10, le nombre d'établissements, et donc de conseils d'administration, a subi des coupes draconiennes au fil des réformes. Ces instances démocratiques constituaient une forme de contre-pouvoir et permettaient une certaine participation de représentants de toutes les sphères d'activité du réseau sociosanitaire, allant des usagers et usagères jusqu'aux différentes catégories de personnel. Une première diminution importante s'est produite au milieu des années 1990, lors du virage ambulatoire et des politiques d'austérité qui se traduisirent par de nombreuses fermetures. Vinrent ensuite la réforme Couillard qui fusionne des établissements pour former les Centres de santé et services sociaux (CSSS), puis la réforme Barrette de 2013 qui abolit les

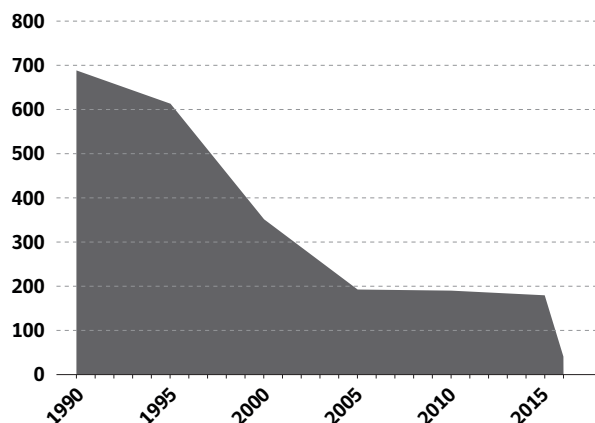
agences et fusionne les CSSS pour créer des mégaétablissements. Le schéma 2 permet de voir le résultat de ces réformes successives dans l'organigramme du réseau de la santé en 2015.

Le ministre libéral a donc éliminé la majorité des conseils d'administration et s'est assuré que ceux qui restent soient à son service. Il a aussi aboli l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), puisque ce regroupement n'avait plus sa place dans un réseau où les contre-pouvoirs, aussi peu vigoureux soient-ils, sont démantelés. Le poste de Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), mis sur pied dans les années 2000 pour offrir des analyses indépendantes sur le réseau de la santé, vient également d'être supprimé par le ministre.

Cette diminution draconienne du nombre d'instances et d'établissements et la concentration des pouvoirs conférés au ministre éloignent le réseau québécois de son objectif d'origine (une décentralisation localisée et démocratisée). Il est plus troublant encore que le gouvernement se soit

du CIUSSS du Saguenay-Lac-St-Jean : TREMBLAY, Louis, « Joan Simard claque la porte du CIUSSS », *La Presse*, 26 octobre 2016, en ligne : www.lapresse.ca/le-quotidien/actualites/201610/26/01-5034384-joan-simard-claque-la-porte-du-ciusss.php, 26 octobre 2016.

Graphique 1.10

Nombre d'établissements publics dans le réseau de la santé et des services sociaux, 1990-2016

SOURCE ST-PIERRE, Marc-André, *Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec*, Québec, 2009; MINISTÈRE DES FINANCES DU QUÉBEC, *Comptes publics 2009-2010, volume 1, États financiers consolidés du Gouvernement du Québec*, Gouvernement du Québec, 2010, en ligne : www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol1-2009-2010.pdf; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Portrait organisationnel du réseau*, page consultée le 1^{er} décembre 2016, en ligne : www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/portrait.

lancé dans cette transformation du réseau sans l'appuyer sur le moindre fait établi relatif au développement d'un système de santé¹⁴. Il a également refusé de soumettre la réforme à toute évaluation¹⁵.

La concentration des ressources et des pouvoirs entre les mains des directions de ces mégastuctures et du ministre a évidemment un impact sur le type de services de santé dont bénéficient les Québécois·es. Un système sociosanitaire qui repose sur une gouvernance entrepreneuriale est notamment beaucoup moins porté à investir dans la santé publique et la prévention. Elle tend à encourager l'atteinte d'objectifs quantifiables par des indicateurs de performance qui tentent de soumettre les établissements de santé à des impératifs similaires à ceux de la production dans l'industrie manufacturière, par exemple.

La réforme pilotée par le ministre libéral Gaétan Barrette a des conséquences néfastes qui suscitent des inquiétudes au sujet de la qualité des services. Parmi les cas qui ont fait les manchettes dans les dernières années, rappelons la centralisation des services de laboratoire avec le projet Optilab¹⁶ ou encore le démantèlement de l'entité administrative distincte à l'hôpital Sainte-Justine.

Dans le cas d'Optilab, des laboratoires en région sont fermés et des services qui étaient offerts localement sont

transférés dans les grands centres. Des échantillons pourront désormais être transportés sur de grandes distances. Il n'y aura plus que 11 laboratoires centralisés et des régions comme la Côte-Nord, par exemple, seront désormais desservies par un laboratoire situé à Rimouski. Or, ces déplacements comportent de nombreux risques comme ceux de la perte d'échantillons, mais aussi le danger d'une dégradation de services, étant donné un accès moins flexible aux résultats des analyses.

En ce qui a trait à l'hôpital Sainte-Justine, le ministre a choisi de dissoudre son conseil d'administration et de le subordonner à celui du CHUM¹⁷. Or, le CHUM est un centre hospitalier de soins généraux, alors que Sainte-Justine est un hôpital à vocation particulière qui a développé au fil des années une pratique qui lui est propre. Sa spécialisation reconnue dans les soins particuliers aux enfants comprend le traitement des enfants leucémiques ou sidéens ainsi que des greffes de moelle osseuse aux petits. Cette approche particulière risque désormais d'être noyée dans la standardisation des pratiques d'un mégahôpital.

D'aucuns s'inquiètent que le système sociosanitaire que léguera le gouvernement actuel en soit un dont les structures favorisent une culture de médiocrité. Le professeur Damien Contandriopoulos parle de « stupidité fonctionnelle » pour décrire cet environnement d'abrutissement institutionnalisé.

Parmi leurs techniques de limitation cognitive, comptons celles-ci : la valorisation de l'obéissance au détriment de la créativité; la limitation du discours aux cadres étroits de prêt-à-penser (on peut penser à la mode du Lean); et l'attachement pathologique à des « cibles de gestion » sans considération des résultats réels pour les gens. Plus largement, on reconnaît cette gestion par sa vision très hiérarchique, qui impose du sommet un processus décisionnel et exige de la base qu'elle partage de façon inconditionnelle et enthousiaste le projet du « leader »¹⁸.

Le ministre Barrette a également imposé d'autres transformations du système de santé, avec notamment l'accélération du développement des Groupes de médecine familiale (GMF) au détriment des CLSC. On avait déjà affaibli ces derniers au cours des années en restreignant la portée de leurs activités puis en leur retirant leur statut d'entités distinctes pour en faire de simples points de service, soit des comptoirs qui prolongent le réseau plutôt que d'être des établissements véritablement enracinés dans leur communauté. Sous l'actuel gouvernement, on a entrepris de transférer le personnel des CLSC dans les GMF, ce qui fait périliter encore davantage la formule du CLSC.

Plutôt que d'être partie intégrante du système socio-sanitaire, les GMF sont des organisations privées qui appartiennent à des médecins rémunérés par l'État. Le ministre Barrette compte également transformer une cinquantaine de ces GMF en « super-cliniques », à savoir des cliniques aux horaires et services élargis, qui recevront des soutiens additionnels du réseau en termes de personnel et de financement.

L'initiative des GMF dans les années 2000 visait à répondre à un besoin jamais comblé malgré plusieurs tentatives depuis la création du système sociosanitaire québécois, soit celui d'une offre de services de proximité, aisément accessibles. Dans les années 1970, ce type de services devait devenir la pierre angulaire du réseau et l'institution élaborée pour réaliser cet objectif était le CLSC¹⁹.

Mais les médecins québécois, se méfiant d'une organisation des soins plus horizontale et plus démocratique, ont largement boycotté ces nouveaux établissements locaux lors de leur fondation. Ils ont préféré ouvrir des cabinets privés, tout en participant au régime public d'assurance maladie, donc en étant rémunérés par l'État. Rapidement remis en question par le ministère et privés de ressources adéquates, les CLSC ont eu du mal à se déployer et le réseau n'a jamais été parachevé. Au contraire, les réformes successives ont limité la portée des CLSC avant de les absorber peu à peu au sein d'organisations plus vastes et plus centralisées.

Pourtant, lorsque l'on compare les intentions qui présidaient tant à la création des CLSC dans les années 1970-1980 qu'à celles des GMF dans les années 2000-2010, on retrouve plusieurs des mêmes objectifs.

Dans les deux cas, on cherche à pallier le manque de cohésion et de globalité du système et le manque de continuité des services. Selon un guide sur les GMF publié en 2006 par le MSSS :

Pour pallier plusieurs problèmes du réseau, ce modèle favorise l'accessibilité, la prise en charge globale et la continuité des soins et services offerts à la clientèle inscrite. La volonté de développer des liens de complémentarité avec l'ensemble du réseau vise à améliorer la prestation et la qualité des soins médicaux. Une meilleure organisation des services de première ligne réduira les phénomènes de duplication et permettra à moyen terme à plus de gens d'avoir accès à un médecin de famille. Ce modèle d'organisation des services devrait ultimement améliorer l'état de santé de la population²⁰.

Les GMF doivent ainsi « couvrir plusieurs champs d'intervention, soit la prévention, la promotion de la santé, le suivi et la coordination des soins à la clientèle²¹ », en fonction d'un « changement de culture ». On y insiste

largement sur la « collaboration interprofessionnelle », définie comme « un acte collectif posé par des personnes aux connaissances, expériences et provenances diverses dont on attend qu'elles produisent un résultat global qualitativement supérieur à la somme des actes posés par chacune prise séparément²² ».

Or, en 1972, le ministère des Affaires sociales (l'ancêtre du MSSS) avait déterminé qu'il fallait « favoriser l'accessibilité des services, la continuité des soins, leur globalité (...) ». C'était la raison d'être des CLSC qui s'étaient vus chargés de « donner des services courants et des services préventifs, tant en matière de santé et de santé mentale que de services sociaux. Ils fonctionneront en équipe multidisciplinaire et favoriseront la répartition des tâches entre les différents professionnels de la santé. (...) » Selon le ministère, ils devaient être « créés rapidement et permettre une décentralisation de la distribution des services courants. Ils devaient appliquer une médecine globale favorisant le salariat ou la rémunération à vacation. On conservera enfin cette idée qu'ils constitueraient la porte principale du système²³. »

Quarante ans plus tard, plusieurs GMF sont créés à partir de cabinets privés de médecins. Le réseau sociosanitaire public leur offre du personnel tel que des infirmières ou des travailleuses sociales en échange du respect de quelques conditions^a, dont certaines heures d'ouverture. Les GMF prennent alors le relais afin de garantir un meilleur accès à la première ligne, étant donné l'asphyxie progressive du réseau des CLSC.

Contrairement aux CLSC, les GMF sont des établissements privés où les médecins règnent en maîtres, sans égard aux intentions affichées de travail multidisciplinaire. En effet, même si en 2006 on affirmait qu'au sein des GMF,

[l]a vie de groupe est basée sur la solidarité et le partage des valeurs par le groupe. Elle tient compte de l'ensemble des ressources humaines, matérielles et financières. La collaboration entre professionnels favorise la satisfaction de la clientèle et l'établissement de rapports de collégialité et de confiance entre les professionnels plutôt que des rapports d'autorité, de compromis et de compétition. Le GMF est une équipe partageant la même philosophie de soins, une équipe soucieuse du maintien des

^a Pas toujours respectées. Un rapport du VG en 2015 soulevait les problèmes de suivis des GMF relativement aux ressources investies par le gouvernement du Québec dans leur développement. VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016*, 2015, chapitre 5.

compétences et dont chaque membre est capable d'apporter conseil et soutien à ses collègues²⁴.

Cet énoncé d'intentions louables n'aborde aucunement la question de la propriété des GMF. Ces établissements appartiennent aux médecins et, dès lors, il est illusoire de suggérer la mise en place d'une réelle collégialité et l'effacement des rapports d'autorité. Le pouvoir de dernière instance est fondamental, et dans le cas des Groupes de médecine familiale, c'est le médecin qui détient l'autorité fonctionnelle sur l'organisation du travail.

Ainsi, des différences somme toute fondamentales existent entre le GMF et l'idéal type du CLSC tel que conçu dans les années 1970. Le GMF confère un statut primordial au médecin, il n'offre aucune possibilité d'intervention des usagers et usagères et des communautés dans la détermination des besoins ou dans l'administration de l'organisation, et le statut accordé à l'approche psychosociale demeure éclipsé au profit d'une approche curative et extrêmement centrée sur la figure du médecin.

■

Enfin, en février 2016, le ministre Barrette lance un projet de loi qu'il présente comme la troisième étape^a de sa grande réforme, celle qui vise à introduire un *financement à l'activité* au sein du réseau de la santé et des services sociaux²⁵. Cette annonce fait suite à une démarche exploratoire lancée par le ministère des Finances sous Raymond Bachand en 2012, alors qu'il avait commandé un rapport à Wendy Thomson de l'Université McGill. Ce rapport, déposé en 2014, propose en effet une migration vers le financement à l'activité dans le système de santé. Pour entreprendre cette transformation du système, Gaétan Barrette a annoncé la mise en place d'un projet pilote en partenariat avec trois cliniques privées de la région de Montréal²⁶.

Le prochain chapitre est consacré au financement à l'activité.

a La deuxième étape était celle de «l'accès aux médecins» qu'entendait favoriser la mise en place de quotas prévue par le projet de loi 20.

CHAPITRE 2

L'allocation des ressources aux établissements

Le tableau de l'organisation et des dépenses du système de santé québécois que nous venons de dresser ouvre la voie à une analyse de ses mécanismes de financement. Dans ce chapitre, nous verrons que la volonté du gouvernement de soumettre le système de santé québécois au financement à l'activité (FAA) est en rupture avec la vision de la santé publique qui prévalait depuis les années 1960 au Québec et au Canada. En faisant référence à l'histoire puis à l'actualité des expériences étatsuniennes et internationales, nous identifierons ensuite les risques que pose le FAA pour la qualité des soins de santé et l'efficacité du système sociosanitaire. Nous examinerons ensuite le rapport Thomson, publié au Québec en 2014, qui a invité le gouvernement à implanter dans les plus brefs délais le financement à l'activité dans l'ensemble du réseau sociosanitaire.

Rappelons avant tout que le financement du système de santé est l'un des moyens dont dispose l'État pour assurer à la population une certaine longévité et pour faire en sorte que, grâce à une vie saine, tous et toutes puissent bénéficier pleinement des mesures de « progrès économique et d'équité sociale²⁷ ». C'était en fait l'une des affirmations centrales du rapport Lalonde publié en 1974²⁸. Rédigé sous la direction de Marc Lalonde, ministre libéral fédéral de la Santé et du Bien-être social à l'époque, ce rapport fut l'un des premiers en Occident à énoncer la nécessité de dépasser une approche strictement biomédicale de la santé²⁹. Ayant eu une influence considérable au Québec, partout au Canada et à l'échelle internationale, le rapport Lalonde préconisait qu'en plus de veiller au financement du système de santé, l'État devait accorder de l'importance à la biologie humaine, à l'environnement et aux habitudes de vie des personnes. En somme, l'approche de la santé publique qui était promue à l'époque n'avait guère en commun avec des mécanismes de production comme ceux que l'on pourrait trouver dans une usine.

C'est dans cet esprit qu'en 1982, lors de la rencontre annuelle de l'Association canadienne de santé publique, l'approche biomédicale, technologique, analytique et sectorielle de la santé fut sérieusement critiquée pour sa

propension à créer un système axé sur la gestion de la maladie plutôt que sur la promotion de la santé³⁰. Malgré cette prise de position de spécialistes en santé publique, une étude de cas publiée en 1997 a conclu à l'échec des efforts visant à changer cette approche :

Il semble que la voix de la santé publique et de la promotion de la santé soit en général faible, et que les perspectives hospitalières et biomédicales continuent de dominer. [...] Bien que la plupart des plans provinciaux et territoriaux de réforme de la santé incluent des énoncés à l'appui de la promotion de la santé, la ligne de force continue d'être la réduction des coûts. L'effet net a été la fermeture de lits d'hôpital et d'importantes réductions de personnel. Il n'est pas clair que les économies au niveau institutionnel soient redirigées vers des programmes à vocation communautaire³¹.

Le terme « hospitalocentrisme » est généralement utilisé pour désigner la domination des perspectives hospitalières et biomédicales dont il est question ci-dessus. Dans un tel contexte, la question du financement du système de santé renvoie principalement à des considérations des coûts générés par les ressources et par l'exploitation des hôpitaux. Au Québec en 1995, le système de santé avait déjà fait l'objet de quelques réformes visant à restructurer les services hospitaliers pour les livrer avec moins de ressources et en moins de temps. C'est dans cet objectif que furent instaurés des règlements pour « modifier la méthodologie et la critériologie du financement des établissements³² ». Plutôt que l'approbation ligne par ligne des budgets, on voit alors émerger des méthodes de budgétisation globale ou populationnelle où « on force en quelque sorte les administrateurs d'établissements à produire autant avec moins de ressources financières »³³. Dans cette logique productiviste, la question cruciale devient : que produit au juste un hôpital?

AUX ORIGINES DU FINANCEMENT À L'ACTIVITÉ

En 1918, une réponse à cette question est venue du Dr Ernest Codman, médecin et administrateur d'un hôpital privé aux États-Unis. Pour Codman, ce qui était produit à l'hôpital se résumait aux résultats des épisodes de soins faisant suite à un diagnostic³⁴. Il fallait donc, avant de parler d'efficacité, trouver une méthode uniforme permettant de comparer, d'un hôpital à un autre, les résultats des épisodes de soins ainsi que les autres informations relatives à un diagnostic. Codman décida donc de tenir un registre et incita d'autres administrateurs d'hôpitaux à faire de même puis à rendre publiques ces données³⁵. En 1967, se référant aux renseignements recueillis dans ce genre de registres hospitaliers, des cliniciens et statisticiens de l'Université Yale qui cherchaient à rendre leur hôpital universitaire plus efficace mirent au point un système informatisé de codification. Ces codes prirent la forme de *diagnostic related groups*³⁶ ou, en français, groupes diagnostiques connexes (GDC). En 1983, le secrétaire à la Santé des États-Unis décida de verser aux hôpitaux inscrits au programme Medicare des paiements prospectifs basés sur les GDC. Cette décision fut présentée comme un moyen de rendre le financement de ces hôpitaux plus équitable et plus conforme à leurs activités³⁷. Il s'agissait aussi, face à la croissance des coûts du Medicare, d'offrir un incitatif financier aux hôpitaux qui parvenaient à dispenser en moins de temps un plus grand nombre de traitements.

En deux mots, chaque patient·e ayant un épisode de soins à l'hôpital est assigné à un GDC en fonction du problème de santé en cause. Un GDC se mesure aux ressources exigées par le problème diagnostiqué (durée d'hospitalisation et ressources utilisées), selon le poids moyen des séjours hospitaliers pour cette condition à l'échelle nationale. Pour calculer un paiement, la valeur du GDC est multipliée par le tarif jugé nécessaire pour le traitement de ce problème. Les GDC tiennent compte de paramètres tels que l'âge du patient, les procédures médicales effectuées et l'état de la personne au moment de son congé de l'hôpital³⁸. On a cherché au moyen des GDC une *valeur explicative* de la variance des coûts : cette valeur est tenue pour élevée (jusqu'à 45 %) dans les domaines chirurgicaux et cardiovasculaires, mais faible en santé mentale, toxicomanie, ophtalmologie ou hématologie, entre autres. En psychiatrie par exemple, les indications des GDC sont notoirement peu fiables avec une valeur explicative d'à peine 4 % de la variance des coûts pour l'ensemble des patient·e·s³⁹.

Afin d'améliorer la valeur explicative des GDC, il a été suggéré d'inclure dans les calculs les résultats de laboratoire, le statut fonctionnel et la prescription de certains médicaments reflétant l'acuité du problème de santé en cause⁴⁰. Au cours des décennies, le système des GDC a connu plusieurs transformations, mais semble encore nécessiter de nombreux ajustements. Dès ses débuts, les critiques du système des GDC entrevoyaient sa complexification sans que l'on parvienne pour autant à plus de précision ou d'équité, car aucun algorithme ne peut rendre compte avec exactitude de décisions politiques et de changements organisationnels. C'est d'autant plus vrai pour les traitements, notamment dans les hôpitaux ruraux, les hôpitaux psychiatriques, les centres de réadaptation et les centres de soins de longue durée⁴¹.

Le plus grand défi consiste dès lors à s'assurer qu'une mesure de la qualité des soins fasse partie intégrante du système de codification et de calcul des GDC, car calculer le poids d'un épisode de soins pour un problème donné n'indique nullement que l'on ait dispensé les soins les plus appropriés.

Malgré ses limites évidentes, le système des GDC a rapidement pris de l'expansion au-delà des États-Unis. Dès 1984, Robert Fetter, le chercheur qui avait dirigé l'équipe de Yale, a entrepris d'exporter ce système en Europe et partout où des pays développaient leurs propres versions des GDC⁴². En moins de 30 ans, la plupart des pays industrialisés ont instauré des systèmes plus ou moins similaires aux GDC étatsuniens pour gérer l'allocation des ressources financières à leurs hôpitaux⁴³.

RISQUES INHÉRENTS AU FAA ET CONSÉQUENCES NÉGATIVES OBSERVÉES

Le financement à l'activité a des conséquences sur la façon dont les soins sont dispensés, en raison des incitatifs créés du fait de son application en milieu hospitalier. Le tableau 2.1 décrit les types d'incitatifs créés, les stratégies déployées et risques engendrés dans les milieux hospitaliers, ainsi que les effets contradictoires observés dans l'efficacité et la qualité des soins. Cela permet de constater que les stratégies hospitalières utilisées dans les hôpitaux financés à l'activité ont sur la qualité et l'efficacité des soins des effets qui s'avèrent souvent contradictoires.

Une évaluation de l'efficacité de 729 hôpitaux en Norvège, en Suède, en Finlande et au Danemark a révélé que l'amélioration de l'utilisation des ressources ne peut pas être attribuée au FAA⁴⁴. Une autre analyse de 184 hôpitaux de ces quatre pays montre pour sa part des disparités importantes en matière d'efficacité, mais aucune

Tableau 2.1

Incentifs, stratégies et risques du financement à l'activité

Incentifs du FPA	Stratégies déployées	Qualité	Efficience
Réduction du coût par patient	Coordination entre l'hôpital et les centres hospitaliers	+	+
	Réduction de la durée moyenne de séjour	++	-
	Sélection (antisélection ou sursélection des traitements)	-	++
	Dumping des patients	-	+
Augmentation des revenus par patient	Meilleure codification des diagnostics	+	+
	Surcodage	-	-
	Maximisation des services les plus rentables	++	-
Augmentation du nombre de patients	Changement dans les règles d'admission	++	++

SOURCE BUSSE, Reinhard *et al.*, *Diagnosis-related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, Maidenhead, Open Univ. Press, 2011, p. 83.

n'est associée au FAA. Dans différents pays européens ayant implanté ce mécanisme de financement des hôpitaux, on constate, pour les établissements concernés, que les administrateurs cherchent à multiplier le nombre de traitements pour lesquels les paiements octroyés sont plus élevés que les coûts engendrés⁴⁵. C'est ce haut volume de traitements considérés rentables qui tend à faire en sorte que moins de temps et de ressources sont consacrés à des cas ou à des traitements plus complexes, plus imprévisibles ou tout simplement jugés moins rentables⁴⁶.

Par exemple si le nombre de chirurgies de la hanche est maximisé dans un hôpital, cela entraîne indirectement une réduction du temps et des ressources mis à la disposition de patient·es qui nécessitent ou souhaitent des services alternatifs à la chirurgie, tels de la physiothérapie ou des infiltrations de corticoïdes. En somme, il y a phénomène d'« antisélection » de certains traitements et, par le fait même, de patients nécessitant ces traitements, lorsqu'il y a « sursélection » de traitements jugés plus rentables⁴⁷. Dans les faits, certains traitements sont négligés ou graduellement éliminés du panier de services, non pas en raison de leur effet thérapeutique défavorable, mais

plutôt en fonction de l'effet favorable de cette élimination sur la marge de profit d'un hôpital.

Lorsqu'on compare plus spécifiquement les hôpitaux financés à l'activité à ceux qui ne le sont pas, on constate que les premiers se distinguent notamment par la réduction de la durée de séjour, la tendance à la réadmission de patients pour une même condition et par une hausse dans le taux de transferts vers des centres de soins post-aigus^a. Il peut également se produire un « écrémage » des patient·es à l'étape de l'admission. L'une des manifestations extrêmes de cette tendance est le phénomène de *patient dumping*, qui a surtout été observé aux États-Unis. Cette pratique consiste à carrément refuser de fournir des soins à un·e patient·e qui se présente à l'urgence d'un hôpital. Un cas très médiatisé de *patient dumping* a ainsi impliqué, en mars 2006, une patiente âgée souffrant d'Alzheimer qui a, dans un premier temps, été admise à l'urgence de l'hôpital Kaiser Permanente, à Bellflower en Californie. Mais on lui a subitement donné son congé pour la conduire par taxi, en chemise d'hôpital, à quelques pas d'un centre d'accueil pour sans-abri⁴⁸. Une étude menée de 1996 à 2000 aux États-Unis a révélé que 527 hôpitaux répartis dans 46 États s'étaient adonnés à ce genre de dumping et que les hôpitaux privés à but lucratif étaient les plus susceptibles de recourir à cette pratique⁴⁹.

En plus de contrevvenir à l'obligation légale des hôpitaux de fournir des soins médicaux d'urgence, le financement à l'activité peut entraîner un tort moral lorsque le personnel hospitalier met moins d'efforts à la prévention d'événements coûteux et évitables (comme les blessures pouvant survenir à l'hôpital), en sachant que des fonds seront alloués pour ces incidents⁵⁰. Par ailleurs, même quand les soins sont dispensés éthiquement et selon les règles de l'art, la façon dont les épisodes de soins sont codifiés peut brouiller les cartes concernant l'allocation des ressources.

En effet, lorsque vient le temps de rendre compte du diagnostic d'un patient pour le financement des activités liées à son épisode de soins, il y a surcodage* lorsqu'on utilise systématiquement des codes susceptibles de rapporter un paiement plus élevé à l'hôpital. De 1989 à 1996 (c'est-à-dire durant une période suivant de près l'instauration du système de financement à l'activité basé sur les GDC aux États-Unis), il a été démontré qu'il y avait eu

^a On évoque une hausse de l'ordre de 24 %. PALMER, Karen S., *et al.*, « Activity-Based Funding of Hospitals and Its Impact on Mortality, Readmission, Discharge Destination, Severity of Illness, and Volume of Care : A Systematic Review and Meta-Analysis », *PLoS ONE*, vol. 9, n° 10, 27 octobre 2014, p. e109975.

surcodage des pneumonies et infections respiratoires dans les hôpitaux sans but lucratif (10 %), dans les hôpitaux à but lucratif (23 %) et dans les hôpitaux en voie de convertir leur statut non lucratif à celui de lucratif (37 %)⁵¹. Une étude de 2007 comparant les systèmes étatsunien, australien et hollandais confirme une plus grande tendance au surcodage des diagnostics dans les hôpitaux privés à but lucratif⁵². La somme des paiements excédentaires alloués à cause du surcodage dans le cadre du programme Medicare aux États-Unis a été évaluée à plus de 2 G \$ pour 2014⁵³.

En France, on parle de « tarification à l'activité » (T2A) et les codes diagnostiques correspondant aux GDC étatsuniens sont des *groupes homogènes de maladies* (GHM). Ce financement à l'activité a débuté en 2004 pour les hôpitaux publics et s'est élargi en 2005 pour s'étendre aussi aux cliniques privées. Depuis 2008, c'est l'intégralité des services hospitaliers qui sont ainsi financés. D'un point de vue administratif, cette transition a nécessité « la création d'un nouveau corps professionnel » dédié à l'évaluation des coûts et au codage des épisodes des soins⁵⁴. Une analyse économique portant sur la décennie d'application de la T2A en France est parvenue entre autres à la conclusion suivante :

En incitant les établissements à réaliser plus d'actes dans les activités à marge positive (i.e. lorsque le tarif est supérieur au coût de production), la tarification par GHM engendre potentiellement un accroissement des dépenses par les volumes [...], cette logique d'accroissement des volumes a conduit les établissements à privilégier une approche recettes plutôt qu'à diminuer leurs coûts⁵⁵.

Par ailleurs, les comportements et les pratiques des professionnel·le·s œuvrant dans les hôpitaux français ont connu une transformation profonde qui a inversé les rôles de gestionnaires et de soignant·e·s en ce qui concerne les choix de traitements ou d'interventions thérapeutiques dans l'hôpital. Il s'agit d'une dynamique similaire à la situation observée en Grande-Bretagne, illustrée au tableau 2.2. L'application du FAA a favorisé la croissance du nombre de gestionnaires au détriment d'autres types de personnel au sein du NHS. Cela est révélateur du fait que le financement à l'activité a tendance à engendrer un niveau de bureaucratisation qui augmente au fur et à mesure que le système devient plus complexe.

En Grande-Bretagne, après l'adoption des propositions de deux livres blancs sur la réforme du système de santé, dont faisait partie l'implantation du financement à l'activité, les dépenses de santé ont beaucoup augmenté et le déficit du système public de santé (NHS) s'est creusé rapidement, passant de 250 M£ en 2004-2005 à 790 M£

en 2005-2006. De 2000 à 2005, la croissance annuelle des coûts en termes réels avait été de plus de 7 % en moyenne.

Tableau 2.2

Personnel du NHS de 1997 à 2005

Personnel	1997	2005	Augmentation
Technicien·ne·s et professionnel·le·s	45 022	51 316	14,0 %
Médecins généralistes	29 389	35 302	20,1 %
Personnel ambulancier	14 941	18 117	21,3 %
Personnel infirmier	318 856	404 161	26,8 %
Personnel administratif	160 479	233 174	45,3 %
Admission et triage	11 909	18 006	51,2 %
Gestionnaires	22 173	39 391	77,7 %

SOURCE KLEIN, Rudolf, «The new model NHS : performance, perceptions and expectations», *British Medical Bulletin*, vol. 81-82, n° 1 6 février 2007, p. 39-50.

Si l'on résume les diverses expériences internationales sur lesquelles a porté notre attention, on constate dans un premier temps qu'il est impossible d'établir un tableau clair au regard de l'atteinte des objectifs d'efficacité mis de l'avant pour justifier le passage au financement à l'activité. Dans un deuxième temps, lorsque l'on considère les études portant sur les paiements du programme Medicare aux États-Unis, on remarque que le pays ayant le plus d'expérience en la matière est également celui dont les coûts de santé sont hors de contrôle. En effet, dans le cadre de ce programme étatsunien, on ne parvient pas à stopper l'augmentation des sommes versées pour le financement des hôpitaux⁵⁶. Enfin, les phénomènes d'antisélection, les problèmes d'éthique, la bureaucratisation accrue et les effets pervers sur la qualité des soins sont des points communs qui peuvent varier en intensité, mais que l'on retrouve dans tous les pays ayant appliqué le financement à l'activité dans leur systèmes de santé.

CODIFICATION DES ÉPISODES DE SOINS AU QUÉBEC ET AU CANADA

Au Québec, le MSSS a commencé à mettre au point à partir des années 1990, pour des fins d'évaluation plutôt que de financement, un système de calcul du «niveau d'intensité relative des ressources utilisées» (NIRRU). Étant donné qu'il n'existait et n'existe toujours pas de système comptabilisant directement les coûts des épisodes de soins par diagnostic et par patient à l'échelle de la province, les données de base du NIRRU proviennent des coûts établis pour les GDC de l'État du Maryland, mais ajustés pour refléter la *durée moyenne de séjour* (DMS), systématiquement plus élevée au Québec (30 % en moyenne) en raison des différences dans la pratique médicale et dans le poids de certains éléments relatifs aux coûts⁵⁷.

Compte tenu du fait que les coûts hospitaliers pour des épisodes de soins spécifiques peuvent varier grandement en fonction des DMS, les administrateurs portent une attention particulière à cette donnée. La DMS correspond au nombre de journées de soins en hôpital divisé par le nombre d'hospitalisations. La DMS augmente avec le niveau de complexité du cas traité. D'un autre côté, pour un niveau de complexité comparable, on constate une augmentation de la DMS avec le groupe d'âge. Notons que la DMS générale québécoise, qui chutait année après année depuis 1985-1986, a recommencé à augmenter en 2002-2003, suivant une tendance observée dans plusieurs pays industrialisés. Les connaissances médicales, les techniques d'intervention médicales et les nouveaux médicaments sont des facteurs qui peuvent influencer la DMS à la baisse. Par contre, le vieillissement de la population peut influencer la DMS à la hausse.

Toujours au Québec, les calculs du NIRRU ont déjà permis, par exemple, d'établir qu'au centre hospitalier de l'Estrie, les dépenses étaient plus faibles de 10,4 % que dans la moyenne du réseau, tandis que les centres de l'Ouataouais et de la Côte-Nord dépensaient respectivement 15,5 % et 9,8 % de plus⁵⁸. Autre exemple de l'utilité du NIRRU : il nous apprend que les hôpitaux faisant partie d'un centre hospitalier universitaire ont de façon générale des dépenses plus faibles.

Comme le NIRRU tient compte des données propres aux DMS, il pourrait éventuellement servir de base à l'instauration d'un financement à l'activité pour les hôpitaux québécois. Toutefois, à l'heure actuelle, ce sont principalement des budgets historiques ou globaux qui sont utilisés au Québec, en conjonction avec une approche populationnelle*.

Au Québec, comme ailleurs au Canada, l'approche populationnelle était censée inciter les régies régionales de la santé à mieux gérer les taux d'utilisation (par la prévention, les soins primaires et d'autres stratégies), afin de favoriser une allocation plus efficace des ressources. Bien que de grandes variations aient été observées, cette approche semble avoir eu, en général, peu d'influence sur les taux d'utilisation⁵⁹.

Au Canada, des systèmes correspondant plus ou moins aux GDC américains sont nommés *groupes de maladies analogues* (GMA). Ceux-ci sont largement utilisés à des fins d'analyse comparative et de gestion de l'utilisation des ressources⁶⁰. Cependant, plusieurs provinces envisagent ou ont entrepris la migration au financement à l'activité (FAA) sous prétexte d'améliorer l'efficacité des systèmes. En 2010, en Colombie-Britannique, 23 des plus grands hôpitaux de la province ont adopté la méthodologie de groupes clients GMA+ et les pondérations de la consommation des ressources (PCR) établies par l'Institut canadien d'information sur la santé pour mettre en œuvre le financement à l'activité. L'Alberta a entamé en 2010 une transition vers le FAA, en visant d'abord les centres de soins de longue durée.

C'est cependant l'Ontario qui a le plus d'expérience dans l'implantation du financement à l'activité. En effet, le gouvernement ontarien avait déjà mis en place son propre système de GMA dès 2001 et, en 2011, tous les hôpitaux des grands centres urbains sont passés au financement à l'activité. En janvier 2012, un plan d'action gouvernemental en matière de santé visait l'instauration totale du FAA dans 88 hôpitaux et une instauration partielle (30 %) dans 14 centres communautaires de soins. Dans les domaines tels que les chirurgies pour la cataracte ou celles de la hanche et du genou, le passage au financement à l'activité a servi à réduire les listes d'attente⁶¹.

Souvent présentée comme un objectif à atteindre par n'importe quels moyens, une réduction des listes d'attentes qui se borne à augmenter le volume des traitements peut cependant mettre en péril la qualité de ceux-ci. Pour préserver la qualité des soins dans le système de santé ontarien, on a élaboré des plans pour leur amélioration avant l'implantation du FAA. Mais au lieu de faire partie intégrante de la codification qui sous-tend le financement du système, l'application de ces plans est laissée au bon vouloir des gestionnaires d'établissements et des membres du personnel soignant. Au lieu de favoriser une prise en compte globale des questions de qualité et de coûts des soins, ce système de FAA basé sur les GMA traite en parallèle ces deux types de considérations. Tandis que le personnel soignant tente de mettre en application des guides de meilleures pratiques, ceux qui procèdent au

Tableau 2.3

Type de financement des établissements du réseau de santé et services sociaux du Québec, 2016-2017

Type de financement	Pourcentage	Montant en M \$	Explication
Budget historique	91,5 %	18 720 \$	Enveloppe 2016-2017 versée par le MSSS
Per diem (ou revenus?)	7,2 %	1 468 \$	Enveloppe de revenus à percevoir (FAAQ, CSST adultes hébergés, suppléments de chambre, etc.)
À l'activité (FAA)	1,1 %	219 \$	Chirurgie
À l'activité (FAA)	0,3 %	61 \$	Radio-oncologie
Capitation			Il existe au MSSS un mode d'allocation basé sur une approche populationnelle utilisé afin de répartir des budgets de développement entre les régions, ou encore, des efforts d'optimisation (voir une brève description du mode). Les montants de développement sont variables d'une année à l'autre et ciblent des services en particulier (ex.: services à domicile pour les personnes âgées)
Total	100 %	20 467 \$	

SOURCE Données obtenues suite à une demande d'accès à l'information au MSSS.

codage des épisodes de soins n'ont aucun moyen de leur attribuer un code correspondant aux meilleures pratiques médicales⁶².

LE QUÉBEC ET LE FINANCEMENT À L'ACTIVITÉ

Comme le montre le tableau 2.3, au Québec, le type le plus répandu de financement des établissements de santé est le versement de sommes selon les budgets historiques (91,5 %). À cela s'ajoutent les *per diem* ou revenus journaliers à percevoir (7,2 %). Le financement à l'activité constitue pour le moment le mode d'allocation de moins de 1,5 % des sommes. Un budget global est également octroyé par région pour les huit programmes-services et pour les programmes-soutien (voir schéma 1).

Il existe également, pour des populations ou des régions données, un financement par capitation, c'est-à-dire un budget par tête pour des services particuliers, par exemple les services à domicile. La capitation tient compte de la taille et des besoins de la population, des différences interrégionales ainsi que des budgets de développement et des efforts d'optimisation. Bien qu'il soit utile de distinguer les différents types de financement, le MSSS a recours à une combinaison de ces différentes méthodes pour verser des paiements aux hôpitaux.

Selon le rapport du Comité de réévaluation de la budgétisation et de l'allocation des ressources en santé au

Québec (rapport Bédard)^a, on peut distinguer cinq méthodes principales de budgétisation utilisées partout au Canada :

- la méthode populationnelle, basée sur les profils de consommation de soins selon les caractéristiques démographiques des patients ;
- la méthode dite de volume de cas (*casemix*), basée sur une prévision de production des services selon les différentes catégories de diagnostics ;
- la méthode dite de budget global, basée sur l'évolution historique des budgets auxquels on applique un facteur de croissance ;
- la méthode dite ligne par ligne, qui consiste à faire une projection détaillée de l'évolution des différentes catégories de dépenses par centre d'activités ;
- la méthode d'examen budgétaire, basée sur un processus de soumission de demande de ressources par l'organisation régionale ou le centre hospitalier et qui donne lieu à une approbation ministérielle discrétionnaire avec ou sans négociation⁶³.

Ces cinq principales méthodes de budgétisation visent à financer des organismes multisectoriels comme les agences régionales ou alors des établissements à

^a Ce comité a été créé en 2000 et a déposé deux rapports en 2001 (*La budgétisation et la performance financière des centres hospitaliers*) et en 2002 (*L'allocation des ressources et la budgétisation des services de CLSC et de CHSLD*).

vocation unique tels que des hôpitaux. En plus de ces principales méthodes de budgétisation, trois méthodes secondaires s'ajoutent pour financer des services ou programmes particuliers : la méthode par ajustement qui tient compte des établissements ayant certaines caractéristiques (localisation, enseignement, recherche, etc.); la méthode par budget réservé pour la réalisation de projets spécifiques dans un établissement; et la méthode par budget spécial pour la réalisation d'un objectif politique donné dans plusieurs établissements⁶⁴. En nous référant au rapport Bédard, nous avons dressé le tableau 2.4 qui permet de constater que le financement par capitation est lié à la méthode de budgétisation populationnelle, tandis que le financement à l'activité relève de la méthode de volume de cas. Une méthode ligne par ligne est généralement liée au financement par *per diem* et revenus à percevoir.

Comme le montrait le tableau 2.3, le mode de financement à l'activité n'a jusqu'à présent été appliqué que de façon restreinte pour la radio-oncologie (0,3 %) et la portion des services de chirurgie (1,1 %). Il se trouve par ailleurs que ces services relèvent des domaines médicaux les plus coûteux⁶⁵.

Pour ce qui est de la radio-oncologie, le ministre a établi que le coût moyen du traitement est de 2437 \$. Or, depuis 2015, les 12 centres hospitaliers (CISSS, CIUSSS ou CHU) offrant des services de radio-oncologie doivent fonctionner selon un budget basé sur le FAA, peu importe ce qu'il leur en coûte pour soigner leurs patients. Ainsi, puisque le coût moyen du traitement en radio-oncologie à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont était de 2870 \$ en 2014, cet hôpital a reçu 1,2 M\$ en moins, soit l'écart avec le coût moyen du traitement tel que déterminé par le MSSS. Au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), où le coût moyen des traitements était de 2642 \$ pour la même année, cela équivalait à une réduction de 690 000 \$ de son financement⁶⁶. Aucune étude n'a été publiée concernant l'impact de ces réductions au sein des établissements concernés et aucune donnée n'a été fournie pour nous permettre de confirmer que la moyenne devrait effectivement être celle retenue par le ministère.

LE RAPPORT THOMSON

Pour mieux comprendre la stratégie gouvernementale de mise en place du financement à l'activité au Québec, il faut retourner en 2012, quand Raymond Bachand, alors ministre des Finances, commande à un Groupe d'experts sur le financement à l'activité un rapport sur la meilleure façon d'implanter le financement « axé sur le patient » au

Québec⁶⁷. La présidence de ce comité est confiée à Wendy Thomson, professeure à l'Université McGill, mais aussi ancienne conseillère de Tony Blair⁶⁸ au Royaume-Uni, premier ministre britannique rendu célèbre par sa conversion du Parti travailliste aux mécanismes de marché pour l'appareil d'État. Thomson est donc chargée d'importer au Québec l'un des fers de lance des réformes néolibérales du système de santé britannique.

Le rapport de ce groupe, déposé en 2014, expose une marche à suivre pour implanter le financement à l'activité au Québec. Il ne laisse planer aucune ambiguïté quant à la provenance de ces idées. Elles s'inscrivent toutes dans le cadre de la gouvernance entrepreneuriale qui transforme actuellement l'État et les politiques publiques. Selon les auteur·e·s, Thomson, Paquet et Shedleur, avec la mise en place du financement à l'activité, la simple présence du patient dans le réseau de la santé constituera désormais l'envoi d'un signal-prix* aux institutions. Bien que le rapport reste muet sur la capacité institutionnelle d'identifier ce qui constituerait le choix d'un patient ou de quelle manière l'allocation des ressources serait ainsi influencée, les auteur·e·s prennent pour acquis que la prestation de soins de santé se résume à un marché⁶⁹ :

Comme son nom l'indique, le financement axé sur les patients est fortement imprégné d'une philosophie selon laquelle le choix des patients exerce une influence sur la prestation des soins et l'allocation des ressources.

Par l'expression de son choix, le patient influence l'allocation des ressources. Le patient récupère un certain pouvoir dans l'allocation des ressources⁷⁰.

Le rapport Thomson tente quelques reformulations pour offrir une version soi-disant plus sophistiquée du financement à l'activité. Par exemple, les auteur·e·s expliquent que des critères de qualité ont été ajoutés au financement à l'activité, contribuant à en faire davantage un « financement à la performance ». Ensuite, on rend grâce aux Britanniques d'avoir mis sur pied une autre génération de financement à l'activité, soit le financement en fonction des meilleures pratiques⁷¹.

Ces affirmations du rapport Thomson prennent ultimement l'allure d'un trompe-l'œil puisque les tentatives d'intégrer un indice de qualité dans la détermination des tarifs se sont soldées par des échecs tant aux États-Unis qu'en Europe étant donné l'incapacité de parvenir à un consensus clinique sur la nature et la mesure d'un soin de qualité⁷². À cet égard, on devrait davantage évoquer la « mise en compétition des hôpitaux » lorsqu'on aborde n'importe lequel des vocables suggérés par le rapport Thomson. Le financement à l'activité est effectivement

Tableau 2.4

Typologie des différents modes de budgétisation

Utilisation	Type de financement	Méthode	Avantages	Inconvénients
Utilisation principale : Fonds versés aux agences régionales ou aux établissements	Financement par capitation	Populationnelle	Objectivité dans l'allocation des ressources	Complexe à calculer (évaluation des besoins de la population nécessaire)
			Équité interrégionale par rapport aux besoins	Difficultés d'application à cause de la mobilité des populations
	Financement par activité	Volume de cas	Favorable à la performance si basé sur un tarif moyen	Systèmes d'information complexes
			Financement en fonction des services produits	Incitation à la production
			Équité	Risque de manipulation de données
	Financement selon les revenus à percevoir ou <i>per diem</i>	Budget global	Simplicité	Besoin de vérification
			Prévisibilité	Inéquitable
			Autonomie de gestion	Sans relation avec les services fournis
			Simplicité	N'encourage pas la performance
	Utilisation secondaire : Fonds versés programmes ou services spécifiques	Budget ligne par ligne	Prévisibilité	Sans relation avec les services fournis
			Financement de dépenses particulières	Encourage le contrôle traditionnel des dépenses
			Adaptabilité aux besoins spécifiques de l'organisme	Peu favorable à la performance
Examen budgétaire		Financement en fonction des politiques ministérielles	Risque de subjectivité	
		Ajustement pour coûts particuliers	Prédominance du court terme	
		Financement équitable	Manque de transparence	
Budget réservé pour projet	Financement flexible		Favorise les demandes d'exception	
			Interférence dans les priorités et le fonctionnement des établissements	
Budget spécial pour politique de santé	Réalisation d'objectifs précis et prioritaires		Interférence dans les priorités et le fonctionnement des établissements	

SOURCE Adapté de MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La budgétisation et la performance financière des centres hospitaliers (Rapport Bédard)*, 2002, en ligne : publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001501/.

une méthode de gestion qui s'appuie sur un principe de concurrence pour doper la productivité du système.

Enfin, le financement en fonction des meilleures pratiques, nouvelle approche à la mode à en croire le rapport Thomson, consiste à exiger des établissements financés qu'ils atteignent les mêmes cibles de production que des établissements désignés comme les plus performants.

Cette expérience d'un ajustement des tarifs en fonction de la qualité a été tentée en Ontario et elle a échoué; on n'y parvient pas à intégrer la prise en compte de la qualité pour déterminer les tarifs à verser aux hôpitaux. Les auteurs émettent même des craintes quant aux coûts excessifs des audits de garantie de qualité⁷³. Et cela, dans un système qui menace dès le départ de coûter extrêmement cher.

Le rapport Thomson évoque d'autres cas où l'on a accru l'efficacité de certaines procédures, notamment dans le cas des unités d'endoscopie. On y est parvenu, par exemple, en investissant en moyenne 91 250 \$ dans huit établissements pour informatiser ces unités. Or, cibler et corriger un problème de cette manière ne requiert pas la mise en place d'un système aussi lourd et complexe que le financement à l'activité dans l'ensemble du système hospitalier.

Les auteurs du rapport Thomson reconnaissent les problèmes pouvant grever le financement à l'activité, allant jusqu'à dresser une liste de ses effets pervers bien connus, dont celui de créer un incitatif à évaluer des cas comme plus lourds que ce qu'ils sont réellement (*surcodage*)⁷⁴.

Leur rapport échoue toutefois à reconnaître que les tarifs ne sont jamais tout à fait représentatifs de l'activité générée par un épisode de soins, comme nous l'avons vu plus haut⁷⁵. À ce titre, le FAA fait plutôt figure de quête du Saint Graal, entraînant de vastes coûts et des effets pervers dans la prestation de soins.

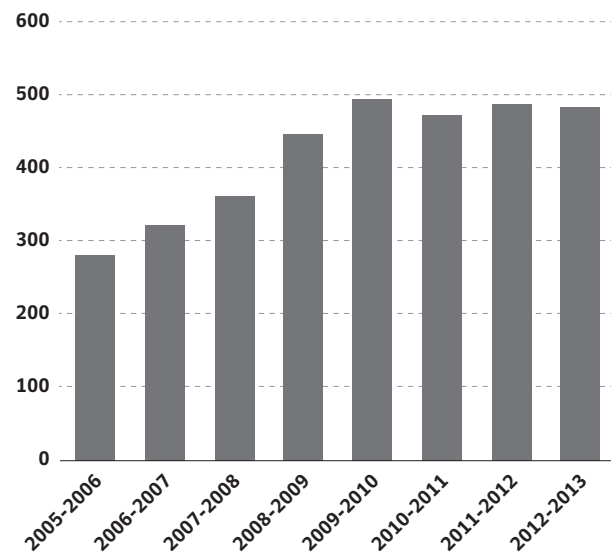
Quant à la question des coûts, on l'escamote en proposant des « budgets fermés », c'est-à-dire en cherchant à plafonner les montants totaux de remboursement afin de conserver un contrôle sur les coûts. Le principe même qui sous-tend l'incitatif d'un « paiement axé sur le patient » est dès lors battu en brèche, puisque le niveau de remboursement de chaque épisode de soins devient alors incertain et que l'imposition d'un plafond peut stopper l'avantage que présente normalement l'accroissement des services dans le financement à l'activité. Ainsi, avec les budgets fermés, plutôt que de recréer une dynamique de marché qui vise à entraîner l'accroissement d'activités présentées comme profitables, on met une chape de plomb sur un système où soudainement, la course à l'efficacité vise moins à engendrer des revenus qu'à ne pas trop en perdre au profit de ses concurrents.

Ensuite, la question des données est cruciale puisque, bien qu'abondantes dans le système actuel, elles ne sont pas produites assez rapidement, selon le rapport Thomson, pour être utilisables en temps réel, faute d'être suffisamment et aisément accessibles⁷⁶. La production effrénée de données qu'exige le financement à l'activité suscite donc un coût élevé pour l'obtention d'avantages par ailleurs incertains. Quant à l'accessibilité des données, elle présente des problèmes réels, mais distincts de celui du mode d'allocation des ressources au sein du système sociosanitaire, que ce soit leur accessibilité publique ou la protection des renseignements personnels, par exemple.

Le graphique 2.1, tiré d'un document technique qui accompagne le rapport Thomson, montre comment les investissements en technologies de l'information sont déjà fortement en hausse dans le réseau de la santé. En 2012-2013, ils atteignaient 485 M\$ dans les établissements de santé et services sociaux et 180 M\$ à la RAMQ, pour un total de 665 M\$. Ces investissements ont fortement augmenté entre 2005-2006 et 2009-2010, notamment en raison du développement du Dossier de santé Québec (DSQ). Il faudrait augmenter à nouveau ces budgets de beaucoup advenant l'implantation du FAA dans l'ensemble du réseau sociosanitaire⁷⁷.

Graphique 2.1

Dépenses des établissements et des agences en technologies de l'information (en M \$), 2005-2006 à 2011-2012



SOURCE GROUPE D'EXPERTS POUR UN FINANCEMENT AXÉ SUR LES PATIENTS, *L'information clinique et financière : mieux connaître les coûts et les services rendus* (document technique no. 3), 2014, p. 17.

Enfin, au chapitre de l'implantation du financement à l'activité dans le système sociosanitaire québécois, les recommandations du rapport Thompson ne sont guère convaincantes. Les auteur·e·s suggèrent de maintenir l'approche populationnelle* sur une base d'ensembles régionaux puis de migrer progressivement vers les établissements, ce qu'ils qualifient d'approche mixte⁷⁸. Cette mixité risque pourtant d'induire de la confusion, étant donné la juxtaposition des modes d'allocation dans un réseau où on souhaiterait généralement plus d'intégration.

Le rapport met l'accent sur une transition graduelle, mais qui ne doit pas attendre des conditions optimales de réalisation. Ses auteur·e·s jugent que l'on ne doit pas attendre pour amorcer cette réforme du système de santé. Pour justifier cette approche, on fait référence aux stratégies de « long terme » dans le monde des affaires, qui s'échelonnent sur « trois à cinq ans⁷⁹ ».

Le célèbre économiste de la santé Robert Evans de l'Université de la Colombie-Britannique n'approuverait certainement pas cette approche cavalière. En 2011, il signait avec des collègues un article fort éclairant sur l'arrivée au Canada de la mode du financement à l'activité. Parlant du risque que l'effet de mode supplante une réflexion sur intérêt réel d'une telle réforme, les auteurs concluaient : « *If you are not sure what you are doing, healthcare financing can be an expensive place to find out^a.* »

Le rapport Thomson affirme également, en citant des références liées au management privé, que le changement doit « venir de l'intérieur », ce qui laisse tout aussi sceptique⁸⁰. Le financement à l'activité tend à concentrer des pouvoirs entre les mains des autorités centrales du système. Il n'est donc guère probable que les travailleuses et les travailleurs souhaiteront implanter un mécanisme qui leur fera perdre davantage d'autonomie sur leur travail. Les auteur·e·s déplorent par ailleurs le manque de ponts entre la « gestion » et la « clinique », mais formulent des propositions qui, somme toute, permettraient d'accroître un pouvoir technocratique de l'État sur la pratique clinique⁸¹. Pour combler ces lacunes, le rapport Thomson propose de définir une « stratégie de communication et de collaboration⁸² », ce qui ne peut évidemment pas être une solution à un problème structurel.

PROJET PILOTE DE FAA DANS DES CLINIQUES CHIRURGICALES PRIVÉES

En février 2016, le ministre de la Santé et des Services sociaux Gaétan Barrette annonçait un projet pilote devant servir de première étape à l'implantation à grande échelle du financement à l'activité au sein du réseau⁸³. Ce projet d'une durée de trois ans vise à comparer les coûts des chirurgies d'un jour entre les cliniques privées et les établissements publics de santé. Trois cliniques privées ont été sélectionnées pour sa réalisation : la Clinique de chirurgie Dix30 Inc., le Centre de chirurgie RocklandMD et le Groupe Opmedic Inc. Au mois d'octobre, citant la nécessité de mettre en place une logistique appropriée, le ministre a précisé que le projet-pilote n'avait débuté que dans la Clinique de chirurgie Dix30, sur la Rive-Sud de Montréal⁸⁴.

En bref, le projet-pilote consiste à offrir à des patients fréquentant le réseau public la possibilité de recevoir plutôt leur procédure chirurgicale à l'une des cliniques privées susmentionnées. Il est ensuite prévu de procéder à l'évaluation des coûts générés pour chaque patient et chaque service reçu. Ultiment, l'expérience devrait servir d'outil de référencement pour l'éventuelle mise en place du financement à l'activité dans le réseau public⁸⁵.

L'un des effets pervers à prévoir avec ce projet réside dans la difficulté d'établir de réelles comparaisons entre le système public et le système privé. Les variables à neutraliser sont trop nombreuses et les valeurs portées par chacun des systèmes sont incompatibles et incalculables. Advenant un développement du FAA au bénéfice du secteur privé à l'instar du projet-pilote, les cliniques privées bénéficieront des évaluations de l'État sur le coût de certaines procédures médicales et auront beau jeu de sélectionner uniquement celles qui permettent de réaliser une marge de profit intéressante. À ce titre, les auteurs du projet-pilote ont décrété que les partenaires privés bénéficieraient automatiquement d'une marge de profit de 10 %. Il s'agit d'un généreux pourcentage, offrant aux entrepreneurs privés une garantie de rentabilité, soit une assurance impossible à obtenir sur le marché. Ce projet fait la part belle aux partenaires privés, tout en laissant entrevoir un possible élargissement du recours à la prestation privée de soins.

^a Traduction : « Si vous n'êtes pas certain de ce que vous faites, le financement des soins de santé peut être un endroit coûteux où le découvrir. » EVANS, Robert, *et al.*, « Will Paying the Piper Change the Tune? », *Healthcare Policy | Politiques de Santé*, vol. 6, n° 4, 5 mai 2011, p. 14-21.

Compte tenu des faits exposés précédemment, l'efficience et la gestion des coûts dans un système de santé ne peuvent se réduire à des considérations strictement comptables ou biomédicales. Ce constat est d'autant plus

préoccupant qu'il ne fait que confirmer un point de vue qui faisait déjà consensus il y a une quarantaine d'années, mais dont les autorités, sous l'influence de l'idéologie néolibérale, se sont largement écartées. Force est de constater que cet éloignement est un échec et que l'implantation à grande échelle du financement à l'activité viendrait soumettre encore plus le système à des mécanismes productivistes.

Nous verrons dans le prochain chapitre que l'accent mis sur la figure du médecin, pour son statut, mais ultimement pour les ressources qu'on lui consacre, constitue l'autre versant du problème d'allocation des ressources au cœur du système sociosanitaire québécois.

CHAPITRE 3

La rémunération médicale

La rémunération des médecins monopolise une part importante des dépenses publiques au Québec. En considérant les montants engagés et le rythme de croissance de ce poste budgétaire depuis une dizaine d'années, il est devenu fondamental de remettre en question les sommes versées aux médecins québécois.

L'enveloppe budgétaire actuellement accordée à la rémunération des médecins est de 7,3 G\$ et passera à près de 9 G\$ d'ici 2021-2022⁸⁶. En comparaison, le budget total du Québec en 2016 était de 102,6 G\$⁸⁷. C'est dire que la rémunération actuelle des médecins accapare 7,1 % du budget total du Québec et 19 % de l'enveloppe budgétaire allouée à la santé.

Comme nous le relatons dans une note socioéconomique publiée récemment⁸⁸, les augmentations fulgurantes de la rémunération médicale trouvent leur source dans les ententes signées avec les fédérations médicales en 2007 sous le gouvernement de Jean Charest⁸⁹. La négociation préalable se faisait sur le principe d'un rattrapage de la moyenne canadienne de la rémunération des médecins au plus tard en 2016. L'entente était survenue après des moyens de pression des médecins et huit mois de pourparlers.

Dix ans plus tard, ces augmentations de la rémunération médicale ont été si élevées et si dures à absorber pour les finances publiques que lors de nouvelles négociations entre les médecins et le gouvernement à l'automne 2014, il est résolu « d'étaler » les hausses de rémunération à empêcher entre 2014-2015 et 2018-2019. Les trois quarts de ces nouvelles augmentations seront versés après 2017-2018, ce qui pèsera davantage sur le budget québécois et rendra plus flamboyantes encore les hausses de rémunération.

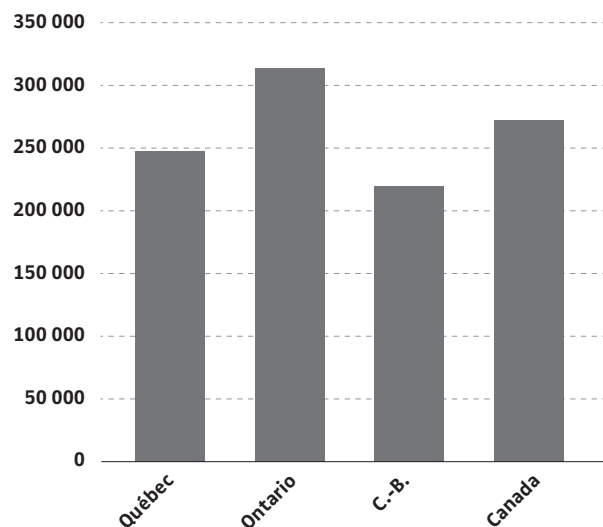
Dans cette section, nous examinons d'abord la place de cette rémunération dans les finances publiques québécoises. Nous traitons ensuite des avantages indus que le statut de travailleur autonome confère aux médecins. Enfin, nous présentons les trois grands modes de rémunération des médecins, soit le paiement à l'acte, le paiement par capitation et le salariat.

ÉTAT DE LA RÉMUNÉRATION MÉDICALE

La rémunération des médecins au Québec est élevée. Les graphiques 3.1 et 3.2 présentent les sommes moyennes versées respectivement aux médecins omnipraticiens et aux médecins spécialistes. Chaque graphique présente la situation qui prévalait en 2014-2015 au Québec, en Ontario, en Colombie-Britannique et dans l'ensemble du Canada.

Graphique 3.1

Rémunération moyenne brute des médecins omnipraticiens (\$), Québec, Ontario, Colombie-Britannique et Canada, 2014-2015



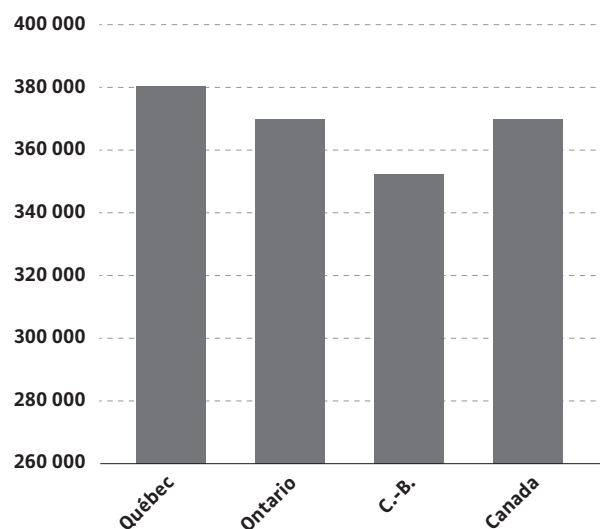
SOURCE INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Base de données nationales sur les médecins*, Tableau A.1.5, 2015.

Comme on le voit au graphique 3.1, les médecins omnipraticiens de l'Ontario reçoivent la rémunération la plus élevée avec 313 804 \$ en moyenne. Si la moyenne canadienne de 271 417 \$ est plus élevée que celle du Québec à 248 028 \$, les médecins du Québec gagnent tout de même plus que ceux de la Colombie-Britannique.

Dans le cas des spécialistes toutefois, on constate au graphique 3.2 que c'est au Québec qu'ils et elles gagnent le plus d'argent, avec une rémunération moyenne de 380 831 \$, supérieure à la moyenne canadienne de 370 091 \$.

Graphique 3.2

Rémunération moyenne brute des médecins spécialistes (\$), Québec, Ontario, Colombie-Britannique et Canada, 2014-2015



SOURCE INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Base de données nationales sur les médecins*, Tableau A.1.5, 2015.

Mais les chiffres bruts n'offrent pas nécessairement le portrait le plus exact. D'autres comparaisons permettent de montrer comment la rémunération des médecins québécois se porte actuellement encore mieux que celle de leurs homologues des autres provinces.

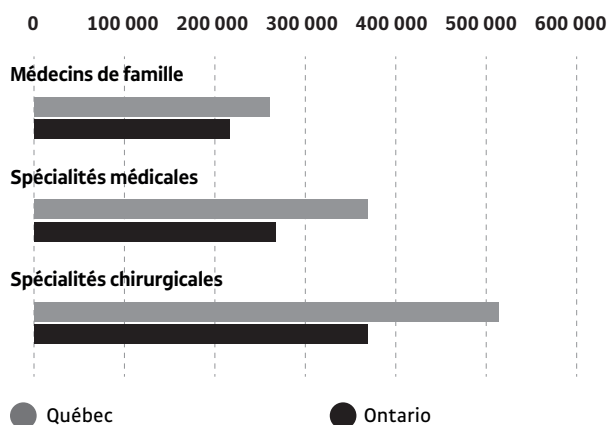
Le graphique 3.4 montre les augmentations annuelles cumulées de la rémunération médicale dans trois provinces ainsi que pour l'ensemble du Canada. On y voit que la rémunération des médecins québécois est passée sous la moyenne des augmentations cumulées, au milieu des années 2000. On constate toutefois que cette rémunération a vite repris à la hausse et qu'elle se situe présentement au-delà du niveau de l'Ontario et de l'ensemble du Canada. Dès 2008-2009, la rémunération des médecins québécois a dépassé celle de leurs homologues de Colombie-Britannique. Depuis 2012-2013, le niveau de rémunération des médecins a non seulement rattrapé celui des médecins de l'Ontario, mais il l'a dépassé, tout comme il surpasse la moyenne canadienne.

Le graphique 3.5 montre quant à lui que la rémunération médicale représente désormais une part plus élevée du PIB au Québec que dans les autres provinces canadiennes ou que pour le Canada dans son ensemble. Les hausses soutenues au Québec et le gel instauré en 2013 en Ontario ont eu pour effet de faire passer le niveau du Québec au-dessus de celui de son voisin.

Lors des hausses annoncées en 2007, le gouvernement parlait de rattrapage par rapport à la rémunération des médecins ontariens, puisque ceux-ci avaient un revenu annuel plus élevé. Toutefois, si nous utilisons plutôt la méthode de calcul de l'économiste Pierre Fortin⁹⁰ et donc que nous ajustons les revenus au coût de la vie, les médecins québécois ont largement dépassé le point où l'on pouvait parler de rattrapage puisqu'il en coûte 11,5 % plus cher⁹¹ de vivre en Ontario, comme le montre le graphique 3.3.

Graphique 3.3

Rémunération annuelle moyenne ajustée au coût de la vie des médecins au Québec et en Ontario, 2014-2015



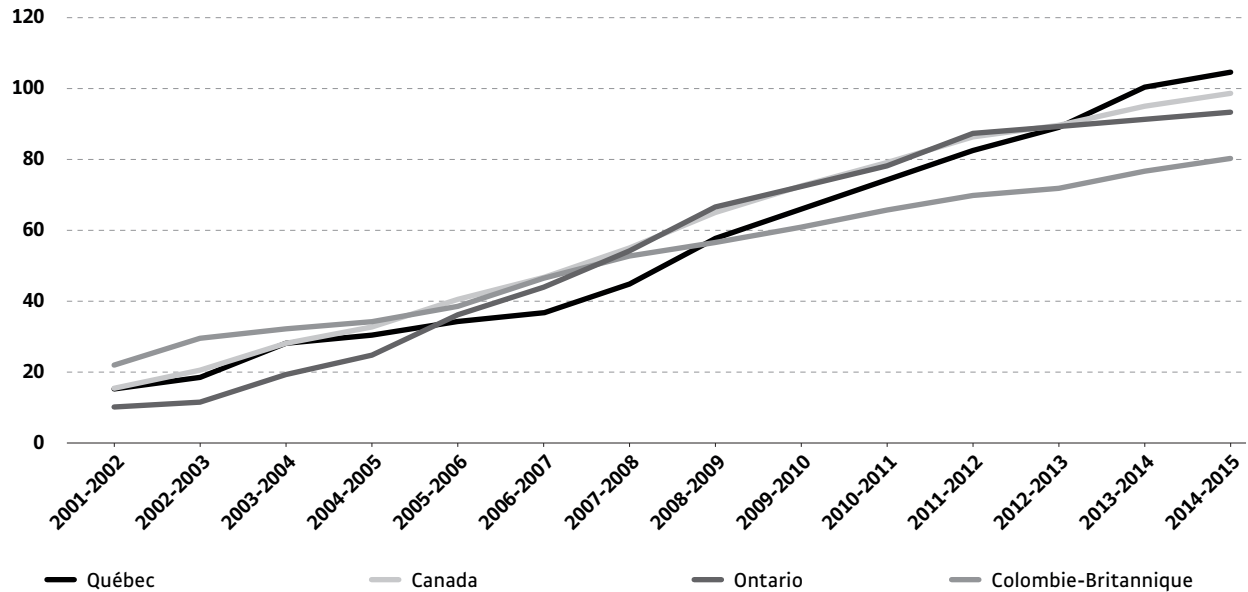
SOURCE INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Base de données nationales sur les médecins*, Tableau A.1.1, 2015; FORTIN, Pierre, « Pourquoi les médecins sourient-ils? », *L'actualité*, 28 avril 2016, page consultée le 13 décembre 2016, en ligne : www.lactualite.com/lactualite-affaires/pourquoi-les-medecins-sourient-ils/ ; Tableau CANSIM 326 0015. Calculs de l'auteur.

Si on prend en considération le trop-payé des médecins québécois en corrigeant l'hypothèse du rattrapage salarial en fonction du coût de la vie, on arrive alors au constat que, pour 2014-2015 seulement, Québec aura payé 947 M \$ en trop pour rémunérer ses médecins.

Ce trop-payé pèse lourdement sur les finances publiques. Le tableau 3.1 indique les sommes de l'enveloppe budgétaire allant à la rémunération des médecins en 2011-2012 et en 2015-2016. On observe une hausse fulgurante durant la période, soit une augmentation de

Graphique 3.4

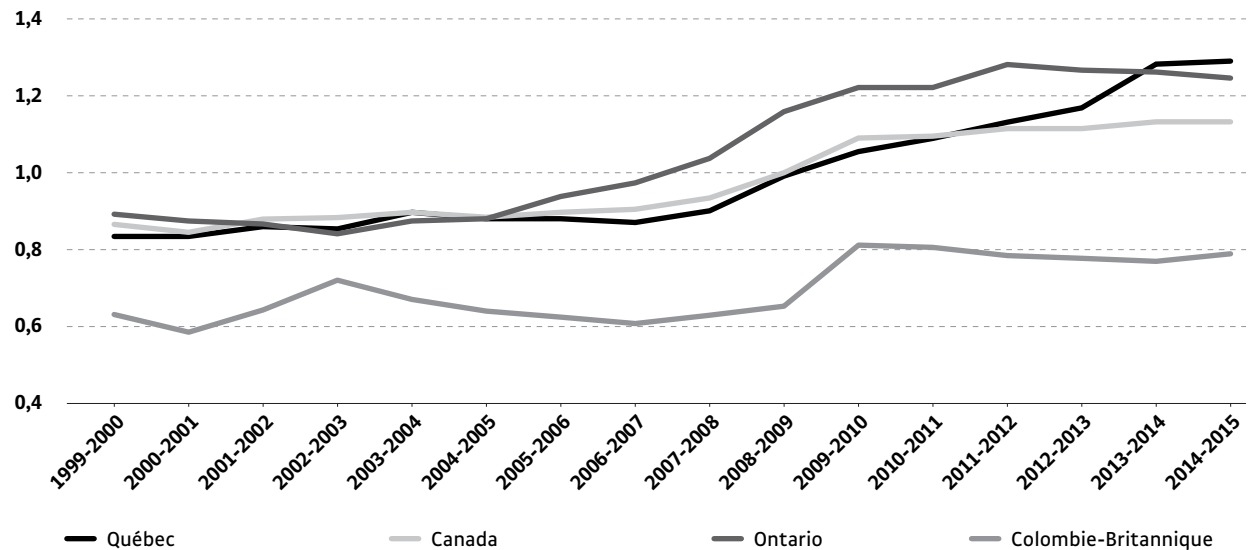
Paievements cliniques totaux, pourcentage d'augmentation annuelle cumulée, Québec, Ontario, Colombie-Britannique et Canada, 2001-2002 à 2014-2015



SOURCE INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Base de données nationales sur les médecins*, Tableau A.1.1, 2015.

Graphique 3.5

Rémunération médicale en % du PIB, Québec, Ontario, Alberta et Canada



SOURCE INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Base de données nationales sur les médecins*, Tableau A.1.1, 2015. Calculs de l'auteur.

1,8 G\$. C'est dire que l'enveloppe budgétaire des médecins a augmenté de 33 % en cinq ans seulement. Pour les médecins spécialistes, cette augmentation a été de 37 %.

Tableau 3.1

Services médicaux (rémunération des médecins) au Québec (en milliers de dollars), 2011-2012 et 2015-2016

	2011-2012	2015-2016
Médecins spécialistes	3 336 276 \$	4 584 189 \$
Médecins omnipraticiens	1 960 567 \$	2 476 196 \$
Résidents en médecine	213 356 \$	260 244 \$
Autres	2 996 \$	2 389 \$
Total	5 513 195 \$	7 323 018 \$

SOURCE RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, *Rapport annuel de gestion 2015-2016*, en ligne : www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/citoyens/fr/rapports/rappann1516.pdf.

Les hausses importantes de la rémunération médicale sont d'autant plus frappantes qu'elles se produisent en pleine période d'austérité au Québec. Le graphique 3.6 compare le rythme de croissance des dépenses de santé et de services sociaux avec celui de la rémunération des médecins. Pendant que le niveau de ces dépenses était maintenu à une croissance annuelle restreinte forçant des compressions, la rémunération des médecins bénéficiait de hausses annuelles fulgurantes allant de 7 % à plus de 9 %.

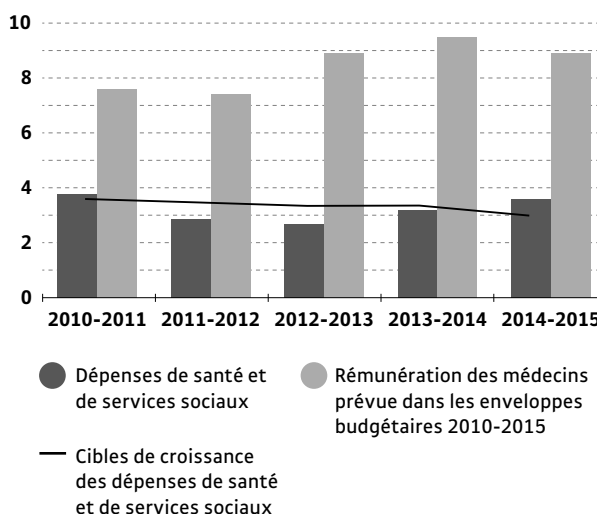
Le graphique 3.7 compare l'évolution du nombre de médecins, de leur rémunération moyenne et du nombre de services dispensés entre 1998 et 2014. S'il y a augmentation comparable du nombre de médecins (+34 %) et du nombre de services médicaux prodigués (+25 %), celle de la rémunération des médecins (+109 %) explose suite à 2007, date des ententes de rattrapage signées entre le gouvernement québécois et les fédérations médicales.

Au graphique 3.8, on constate que l'augmentation du nombre de médecins omnipraticiens par habitant, à partir de 2009, se produit simultanément à une baisse du nombre d'actes médicaux. Combinées, ces deux tendances produisent une hausse disproportionnée du coût par acte médical.

L'explosion des coûts est plus importante encore du côté des médecins spécialistes, comme on l'observe au graphique 3.9, alors que l'augmentation du nombre d'actes médicaux effectués par habitant croît très lentement. Ces deux derniers graphiques montrent l'effet immédiat des

Graphique 3.6

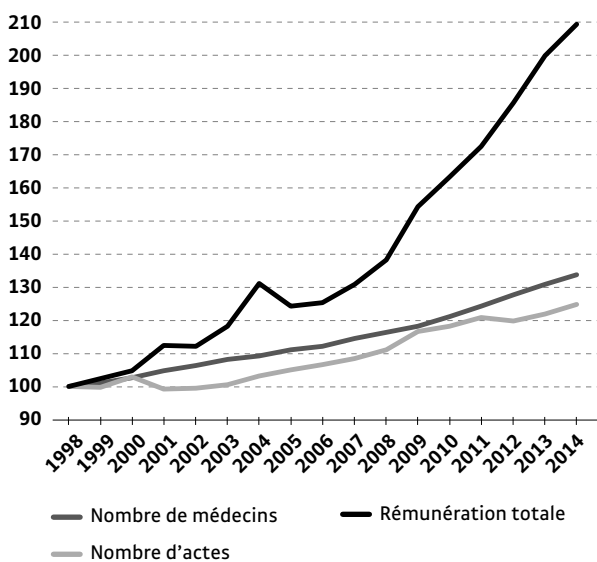
Évolution des dépenses de santé et de services sociaux et de la rémunération des médecins (% de croissance), Québec, 2010-2011 à 2014-2015



SOURCE VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL, « Chapitre 2 – Rémunération des médecins : conception et suivi des ententes », *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016 – Vérification de l'optimisation des ressources*, automne 2015, p. 10, en ligne : www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2015-2016-VOR-Automne/fr_Rapport2015-2016-VOR.pdf.

Graphique 3.7

Évolution des services dispensés, du nombre de médecins et de la rémunération totale (1998=100), Québec, 1998-2013



SOURCE RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, Banque de données ORIS, Tableau SM.21, Calculs de l'auteur.

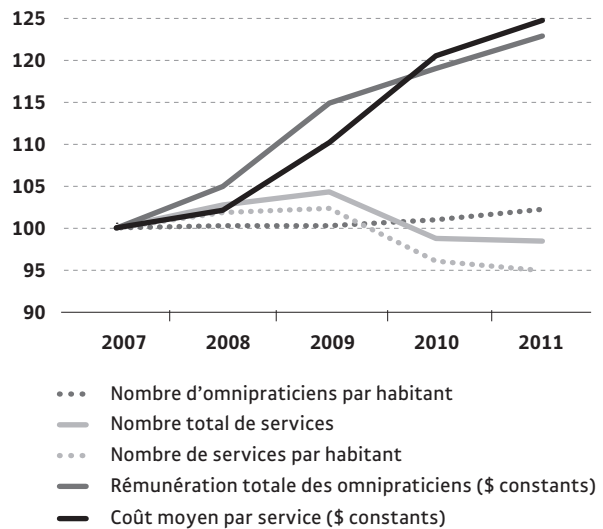
Tableau 3.2

Rémunération brute des médecins, en excluant ceux et celles qui gagnent moins de 100 000 \$, Québec, (2014-2015)

Spécialité	Médecins dont les paiements cliniques sont de 100 000 \$ ou plus	Moyenne des paiements cliniques tronqués au seuil de 100 000 \$
Médecine de famille	8 098 87,1 %	277 332
Spécialités médicales	5 199 90,6 %	391 479
Médecine interne	2 275 88,7 %	400 019
Cardiologie	434 92,5 %	462 227
Gastroentérologie	230 95,8 %	446 628
Neurologie	260 91,2 %	313 641
Psychiatrie	1 082 91,4 %	378 397
Pédiatrie	604 90,1 %	359 010
Dermatologie	173 88,7 %	365 188
Physiatrie	74 90,2 %	339 401
Anesthésie	731 96,6 %	450 272
Spécialités chirurgicales	2 278 91,0 %	468 896
Chirurgie générale	510 91,9 %	460 412
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	100 92,6 %	533 557
Urologie	162 94,2 %	441 640
Chirurgie orthopédique	310 84,5 %	409 170
Chirurgie plastique	99 81,8 %	346 379
Neurochirurgie	73 94,8 %	409 625
Ophthalmologie	314 90,0 %	614 943
Oto-rhino-laryngologie	210 94,2 %	409 056
Obstétrique et gynécologie	500 94,3 %	476 804
Total des spécialités	7 477 90,8 %	415 065
Total des médecins	15 575 88,8 %	343 453

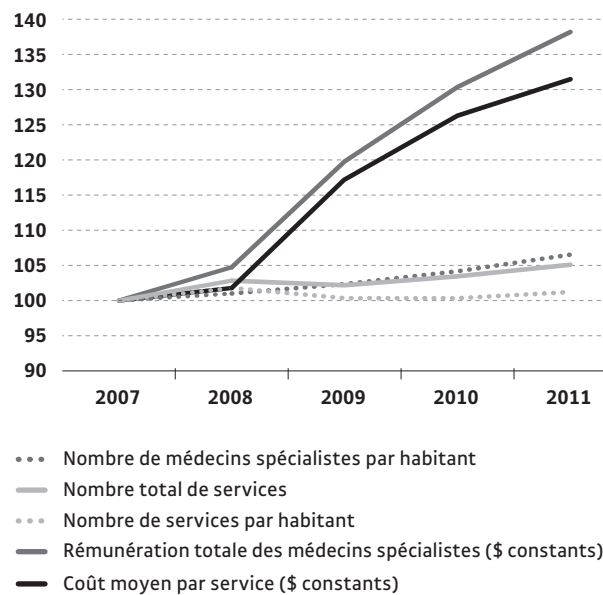
SOURCE INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Base de données nationales sur les médecins*, Tableau A.1.6, 2015. Calculs de l'auteur.

Graphique 3.8

Évolution de la pratique et des coûts des médecins omnipraticiens (2007=100), Québec, 2007-2011


SOURCE Adapté de CONTANDRIOPOULOS, Damien et Mélanie PERROUX, «Fee Increases and Target Income Hypothesis : Data from Quebec on Physician's Compensation and Service Volumes», *Healthcare Policy*, vol. 9, n° 2, novembre 2013, en ligne : www.longwoods.com/content/23613.

Graphique 3.9

Évolution de la pratique et des coûts des médecins spécialistes (2007=100), Québec, 2007-2011


SOURCE Adapté de CONTANDRIOPOULOS, Damien et Mélanie PERROUX, «Fee Increases and Target Income Hypothesis : Data from Quebec on Physician's Compensation and Service Volumes», *Healthcare Policy*, vol. 9, no 2, novembre 2013, en ligne : www.longwoods.com/content/23613.

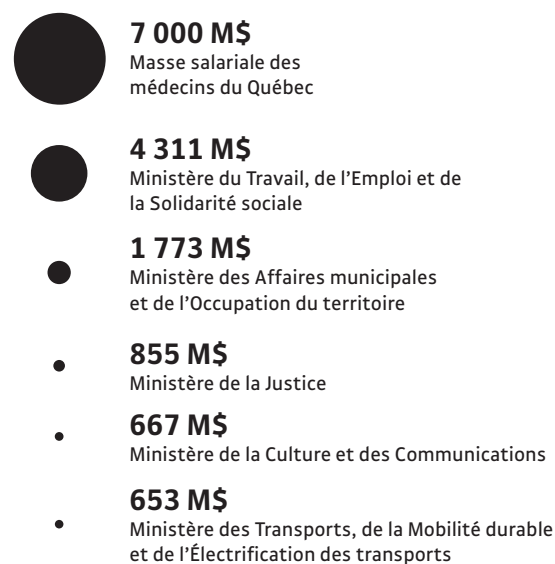
hausse de rémunération, qui n'a pas été d'accroître l'efficacité d'ensemble de la prestation de services médicaux.

Le tableau 3.2 montre la répartition des salaires des différentes catégories et spécialités pour les médecins qui gagnent plus de 100 000 \$ par année. Sauf pour les médecins spécialisés en chirurgie plastique, on constate que dans toutes les spécialités au moins 85 % des médecins gagnent plus de 100 000 \$ par année. Les moyennes de rémunération les plus élevées sont celles des ophtalmologues (614 943 \$), des chirurgiens thoraciques et cardiovasculaires (533 577 \$), des obstétriciens-gynécologues (476 804 \$) et des cardiologues (462 227 \$).

Bref, les sommes versées en matière de rémunération des médecins sont très élevées. Si l'on applique jusqu'à leur terme les ententes de 2007 et de 2014, la rémunération globale des médecins devrait atteindre 9 G\$ en 2021. Il s'agit d'une augmentation colossale de ressources destinées à un seul poste budgétaire. À terme, cette hausse aura été de 82 % en 10 ans (2010-2011 à 2020-2021) ou encore de 247 % en 20 ans (2000-2001 à 2020-2021).

Graphique 3.10

Rémunération globale des médecins comparée au budget de certains ministères du gouvernement, en M\$, 2015-2016

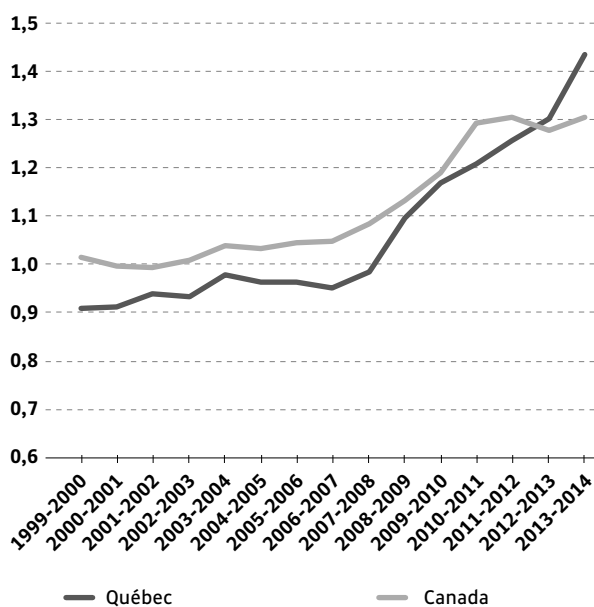


SOURCE adapté de ROCHON, Michel, «Radiologistes au Québec : rémunération moyenne de 527 000 \$», Radio-Canada.ca, 13 novembre 2012, en ligne : ici.radio-canada.ca/nouvelles/societe/2012/11/13/004-sante-salaires-medecins.shtml; CONSEIL DU TRÉSOR, «Crédits des ministères et organismes», *Budget de dépenses 2016-2017*, mars 2015, 195 p., en ligne : www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/budget_depenses/16-17/creditsMinisteresOrganismes.pdf.

La rémunération des médecins outrepassé largement le budget de plusieurs ministères du gouvernement du Québec. Le graphique 3.10 établit quelques comparaisons. Comparer des dépenses publiques à la taille de l'économie est également une manière de jauger l'allocation des ressources dans une société donnée. C'est ce que fait le graphique 3.11. Dans le cas de la rémunération globale des médecins, on observe une augmentation majeure par rapport au PIB à la suite des ententes de 2007. Dans le cas des médecins du reste du Canada, leur rémunération versée en pourcentage du PIB est également en croissance à partir de la même année, mais celle-ci se stabilise dès 2009 alors que celle des médecins québécois continue sur sa lancée. Si les augmentations consenties par le gouvernement québécois sont accordées intégralement et que la croissance économique demeure timorée, la disproportion observée au graphique 3.10 s'accroîtra, créant une charge insoutenable pour le Trésor public et pour les capacités de la société québécoise.

Graphique 3.11

Dépenses gouvernementales pour la rémunération médicale (% du PIB), Québec et Canada, 1999-2013



SOURCE INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Base de données nationales sur les médecins*, Tableau A.1.1, 2015, et *Tendances nationales des dépenses de santé 1976-2015*, Tableaux de données, Série A, 2015.

LE STATUT DES MÉDECINS AU QUÉBEC

LE STATUT DE TRAVAILLEUR AUTONOME

Au Québec, les médecins ont un statut de travailleurs autonomes, même s'ils pratiquent surtout dans des établissements publics et que leurs collègues de travail sont pour l'essentiel des salariés de l'État.

Cette situation est le résultat d'un compromis historique entre les médecins et le gouvernement. Dans les années 1960, au Québec comme dans le reste du Canada, les médecins refusaient catégoriquement l'assurance maladie publique et universelle revendiquée par les mouvements sociaux. Les gouvernements ont finalement donné satisfaction à ces revendications d'une protection contre les coûts liés à la santé, mais les médecins utilisèrent différents moyens de pression pour s'opposer à l'assurance publique, qui à leurs dires menaçait leur liberté professionnelle. Plusieurs médecins voyaient par ailleurs d'un mauvais œil la perte d'un marché où ils évoluaient aussi à titre d'entrepreneur. Ils ont donc tout mis en œuvre pour défendre une médecine libérale, en vertu de laquelle le médecin pratique à titre personnel, en mode professionnel autonome.

Au terme de nombreux affrontements, les médecins et le gouvernement québécois sont parvenus à un compromis. L'assurance maladie allait bel et bien être instaurée au Québec, mais les médecins conserveraient un statut de travailleurs autonomes et seraient financés à l'acte plutôt que de devenir salariés de l'État.

Ce compromis s'est avéré fort rentable pour les médecins. Non seulement les capacités de payer de l'État se sont avérées bien plus avantageuses que celles des citoyennes et des citoyens incapables de supporter le coût d'une assurance privée ou d'une consultation médicale payée de leur poche, mais les médecins ont consolidé au fil des ans un statut extrêmement puissant au sein du réseau sociosanitaire québécois. Comme nous l'avons mentionné plus haut, ils ont par ailleurs massivement résisté à rejoindre les nouveaux CLSC où les médecins devenaient pour la plupart salariés.

Les médecins sont parvenus à affirmer leur statut privilégié au fil des ans, jusqu'à hisser leur rémunération au sommet des priorités des dépenses de santé. Cette rémunération extraordinaire fait toutefois maintenant l'objet de nombreuses critiques. Tant les médecins grèvent les ressources de l'État, tant ils se sont accoutumés au fil des ans à un statut d'élite économique qui les éloigne de plus en plus de leurs collègues et de leurs patient·e·s.

Dans un récent guide rédigé à l'intention des médecins résidents, l'Association médicale canadienne parle sans ambiguïté du statut qu'elle conçoit pour les médecins :

La plupart des médecins sont des travailleurs autonomes, avec tous les avantages et les inconvénients que cela comporte. On pourrait même dire que les médecins sont en quelque sorte des gens d'affaires à la tête de leur propre PME : ils et elles ont des clients à satisfaire, des revenus à facturer, du personnel à gérer, de la paperasse à administrer, des services à assurer, des comptes à payer, des contrats à signer, etc. Bien que la médecine au Québec soit de plus en plus fonctionnarisée, il est encore pertinent de considérer les médecins comme des chefs d'entreprise qui ont le loisir d'organiser leur pratique selon leur plan de carrière et leurs objectifs personnels⁹².

En vertu de la loi, un travailleur autonome organise lui-même son travail, fournit les outils nécessaires à sa réalisation, et peut réaliser des profits ou subir des pertes⁹³. Autrement dit, un travailleur autonome n'est pas dans une position de subordination à un employeur. Il n'est lié par contrat qu'avec les clients qui sollicitent ses services.

Un travailleur autonome doit composer avec l'état du marché dans lequel il évolue. Ses conditions de travail dépendront largement de l'offre et de la demande pour ses services. Il se procure son propre équipement (ordinateur, locaux, etc.) et doit lui-même recruter une clientèle.

Les médecins pour leur part sont majoritairement rémunérés par un organisme public unique, soit la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Pour tous les services couverts par l'assurance publique, soit les services dits médicalement nécessaires, l'État est seul à défrayer pour les services médicaux offerts (sauf si le médecin décide d'œuvrer exclusivement dans le secteur privé et de ne recevoir aucune rétribution de l'État pour les services assurés).

Les médecins participants, qui œuvrent donc dans le régime public, c'est-à-dire 98,1 % d'entre eux, n'ont pas à se soucier du marché⁹⁴. Ceux qui se trouvent un lieu de pratique au Québec peuvent aisément être rétribués pour leurs services puisque le marché public dans lequel ils évoluent leur assure pratiquement du travail. Il existe des situations exceptionnelles néanmoins, comme le cas de diplômés urgentologues ayant cherché du travail hors du Québec étant donné un gel d'embauche⁹⁵.

Pour exécuter leur travail, les médecins utilisent des installations publiques (des hôpitaux par exemple) ou sont indemnisés par l'État pour administrer leur propre cabinet. Les médecins qui pratiquent dans le secteur public se font fournir la plupart de leurs instruments, des locaux où travailler, comme des salles d'opération, des fournitures de bureau et ainsi de suite. Pour ce qui est de la

plupart de leurs outils de travail, les médecins ne fonctionnent donc pas en travailleurs autonomes.

De plus, sur le plan des critères financiers, le médecin ne négocie pas individuellement ses tarifs selon la seule dynamique du marché. Sa rémunération est plutôt négociée collectivement avec le gouvernement. Le gouvernement gère l'offre en contrôlant le nombre de nouveaux médecins diplômés annuellement. Ce contrôle de l'offre constitue l'assurance de revenus élevés pour le médecin-travailleur autonome.

Bref, la réalité de travailleur autonome du médecin ressemble beaucoup à celle d'un·e employé·e en bonne et due forme, mais avec des statuts particuliers.

Quant à l'accessibilité des soins, le nombre de médecins par habitant au Québec est supérieur à la moyenne canadienne. En 2015, il y avait 242 médecins pour 100 000 habitants au Québec⁹⁶. Pour l'ensemble du Canada, ce nombre est de 233 médecins pour 100 000 personnes. Bien que l'accès à un médecin de famille ne suffise pas à résoudre tous les problèmes d'accessibilité, 30 % des Québécois·es n'ont toujours pas de médecin de famille, en dépit des efforts des autorités pour en désigner un à tous ceux et celles qui en veulent un⁹⁷.

La proportion de médecins par habitant au Québec est néanmoins plus basse que pour la France, les Pays-Bas et la Finlande qui comptent 330 médecins pour 100 000 habitants, ou pour le Royaume-Uni qui en compte 280, la Suisse qui en compte 400 et l'Autriche qui en compte 500⁹⁸. En outre, le Québec se situe au dixième rang des dix provinces en ce qui a trait au temps d'attente pour rencontrer un médecin au Canada⁹⁹.

En somme, le problème de l'accès aux soins au Québec est une préoccupation majeure et peu importe si les personnes ont un médecin de famille ou non, elles doivent pouvoir rencontrer un·e professionnel·le de la santé approprié·e en cas de besoin. Le nombre de médecins aura par conséquent un impact sur la capacité sociale de répondre à ce besoin des populations. C'est dire que les dépenses effectuées pour chacun de ces médecins influent sur notre plus ou moins grande capacité de les rencontrer, tout comme d'autres professionnel·le·s de la santé.

L'INCORPORATION

Le statut de travailleur autonome permet également aux médecins de s'incorporer en créant une société par actions (SPA). À la base, l'incorporation devait simplement permettre aux médecins de déduire de leurs impôts des frais de bureau. Mais dans les faits, cette démarche ouvre la porte à des dérives importantes. La nouvelle corporation, une entité morale, est distincte de la personne physique qu'est le travailleur, le médecin. À partir du moment où il s'incorpore, c'est la SPA que rémunère l'État, et c'est cette corporation qui verse ensuite un salaire au médecin. Il y a, bien sûr, des règles liées à l'incorporation des médecins. Un médecin ne peut pas s'associer à un·e autre professionnel·le de la santé. Il ne serait pas possible pour un médecin de s'associer à un médecin. Par contre, des gestionnaires peuvent détenir des parts dans la mesure où plus de 50 % des votes d'une clinique sont détenus par le médecin¹⁰⁰.

De cette manière, l'incorporation permet au médecin de réduire ses charges fiscales au moyen de deux manœuvres particulières. D'une part, le médecin qui s'incorpore peut reporter l'impôt à payer sur les sommes que ne lui verse pas immédiatement la SPA. Celle-ci pourra lui verser un salaire durant une année sabbatique, par exemple, lui permettant de payer moins d'impôts. En d'autres mots, il choisit de s'octroyer un salaire qui répond au coût de sa vie, et le reste de ses gains échappe à l'impôt. D'autre part, il peut nommer des membres de sa famille comme actionnaires de la société et leur verser une part des revenus de la SPA, ce qui lui permet de bénéficier d'un taux d'imposition réduit, voire nul. Cette deuxième stratégie est une forme de fractionnement du revenu, une mesure fortement inéquitable¹⁰¹.

La FMOQ décrit elle-même ces procédés sur son site internet. Elle donne l'exemple d'un médecin qui recevrait par exemple 220 000 \$ de paiements bruts. Rappelons que ce montant est inférieur à la moyenne, tant pour les médecins omnipraticiens (277 332 \$) que pour l'ensemble de la profession (343 453 \$). On fait l'hypothèse qu'il doit déduire 40 000 \$ de son revenu pour ses dépenses d'affaires (p. ex. : son cabinet). Il lui reste donc 180 000 \$. Le tableau 3.3 montre les opérations successives qui affectent ses revenus, notamment les différentes cotisations, les impôts payés et l'épargne.

Lorsqu'un médecin s'incorpore, les calculs changent. La nouvelle SPA facture la RAMQ et reçoit des paiements pour les services effectués par le médecin. Les impôts personnels ne sont alors payés que sur ce que verse la SPA au médecin, soit une part inférieure que s'il recevait directement son paiement de la RAMQ (dans

Tableau 3.3

Rémunération nette des médecins sans incorporation en société par actions

Revenus imposables	180 000 \$
Contribution REER	(22 000 \$)
Impôt et cotisations	(65 700 \$)
Montant disponible	93 300 \$
Dépenses courantes	(65 000 \$)
Surplus (épargne)	28 300 \$

SOURCE FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC, *L'incorporation de votre pratique médicale : une stratégie financière et fiscale à considérer très sérieusement*, page consultée le 1^{er} décembre 2016, en ligne : www.fondsfmoq.com/publications/articles-publies/bulletin-dinformation-financiere/%e2%80%99incorporation-de-votre-pratique-medicale/.

Tableau 3.4

Calculs des charges et des bénéfices d'une société par action qui rémunère un médecin

Revenus professionnels après dépenses	180 000 \$
Salaires versés au médecin	(123 000 \$)
Charges sociales (part de l'employeur)	(5 900 \$)
Revenus imposables pour la SPA	51 100 \$
Impôt à payer en tant que SPA	(9 700 \$)
Montant disponible dans la SPA pour investissement	41 400 \$

SOURCE FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC, *L'incorporation de votre pratique médicale : une stratégie financière et fiscale à considérer très sérieusement*, page consultée le 1^{er} décembre 2016, en ligne : www.fondsfmoq.com/publications/articles-publies/bulletin-dinformation-financiere/%e2%80%99incorporation-de-votre-pratique-medicale/.

l'exemple illustré au tableau 3.4, ce montant est de 123 000 \$ plutôt que 180 000 \$ après les dépenses professionnelles). Quant à elle, la SPA paie aussi un impôt sur ses bénéfices, mais le pourcentage d'imposition (environ 19 % pour le taux combiné fédéral et provincial) est inférieur à celui de l'impôt des particuliers, notamment dans les paliers supérieurs d'imposition. Le tableau 3.4 détaille le nouveau calcul qui en découle quand la SPA est considérée comme l'employeur du médecin.

Le 41 400 \$ qui subsiste devient une forme d'épargne et elle est bien supérieure à l'épargne laissée au médecin

Tableau 3.5

Rémunération nette des médecins avec incorporation en société par actions

Salaires reçus de la SPA	123 000 \$
Contribution REER	(22 000 \$)
Impôt et cotisations	(35 400 \$)
Montant disponible	65 600 \$
Dépenses courantes	(65 000 \$)
Surplus (épargne)	600 \$

SOURCE FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC, *L'incorporation de votre pratique médicale : une stratégie financière et fiscale à considérer très sérieusement*, page consultée le 1^{er} décembre 2016, en ligne : www.fondsfmoq.com/publications/articles-publies/bulletin-dinformation-financiere/%e2%80%99incorporation-de-votre-pratique-medicale/.

Tableau 3.6

Calcul de l'épargne potentielle accumulée sur un an avec et sans société par actions

	Avec une SPA	Sans SPA
Contribution REER	22 000 \$	22 000 \$
Épargne personnelle	600 \$	28 300 \$
Épargne dans la SPA	41 400 \$	-
Total	64 000 \$	50 300 \$
Sommes non versées à l'impôt après incorporation, avec une SPA	13 700 \$	

SOURCE FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC, *L'incorporation de votre pratique médicale : une stratégie financière et fiscale à considérer très sérieusement*, page consultée le 1^{er} décembre 2016, en ligne : www.fondsfmoq.com/publications/articles-publies/bulletin-dinformation-financiere/%e2%80%99incorporation-de-votre-pratique-medicale/.

non incorporé (comme dans l'exemple du tableau 3.3). Ce montant pourra être remis au médecin ultérieurement. Quant au salaire versé au médecin, c'est-à-dire le 123 000 \$, il pourra être calculé comme au tableau 3.5.

Bref, dans le scénario où le médecin s'incorpore afin de réduire sa charge fiscale, il se retrouve à payer 13 700 \$ (7,6 % de son revenu imposable) de moins en impôt, comme l'indique le tableau récapitulatif 3.6.

Ces manœuvres d'évitement fiscal sont particulièrement troublantes lorsque l'on considère l'écart entre le revenu moyen des médecins et celui des travailleuses et

des travailleurs québécois. En 2013, le revenu d'emploi moyen des particuliers au Québec était de 38 125 \$¹⁰². Pour la même année, le revenu moyen des omnipraticiens était de 240 000 \$¹⁰³ et celui des spécialistes était de 341 100 \$¹⁰⁴. Dans les deux cas, ce niveau de revenus est nettement supérieur au revenu moyen des ménages du cinquième quintile, c'est-à-dire les 20 % des ménages qui gagnent le plus d'argent au Québec, revenu qui se situait à 160 000 \$ en 2013¹⁰⁵.

Comment justifier la possibilité offerte aux médecins de contourner les règles fiscales alors que leur revenu est déjà très élevé et que le statut de travailleur autonome qui permet ce contournement est largement factice ?

Les avantages des médecins dans cette situation vont bien au-delà du niveau de la rémunération et d'une fiscalité favorable. Lorsqu'ils œuvrent dans un hôpital, par exemple, ils et elles n'ont pas à déboursier pour se procurer de l'équipement et des locaux nécessaires à leur travail, ce qui ne les empêche pourtant pas de s'incorporer. De plus, l'État leur fournit également de l'assistance sous forme de technicien·ne·s, d'infirmiers et d'infirmières ou de personnel de soutien. Un travailleur autonome, dans le sens traditionnel du terme, ne bénéficiera jamais de toutes ces largesses de l'État. Une pigiste, par exemple, n'aura pas le soutien de l'État pour embaucher une personne afin de créer un site web ou gérer son horaire, et l'État n'enverra pas non plus une personne nettoyer son bureau après sa journée de travail.

En somme, l'incorporation permet aux médecins de profiter d'une fiscalité avantageuse en plus de plusieurs autres bénéfices, et cette situation peut être perçue comme une injustice en comparaison de celle de la plupart des travailleuses et travailleurs autonomes (ainsi que des travailleurs non autonomes qui aimeraient bien être traités avec autant de largesse par leur employeur).

MODES DE RÉMUNÉRATION ACTUELS AU QUÉBEC

La rémunération à l'acte est le mode de rémunération qui prédomine chez les médecins du Québec, qu'ils soient omnipraticiens ou spécialistes. Les paiements y sont effectués en fonction du volume d'actes médicaux réalisés et tarifés à l'unité. Plus des trois quarts des médecins du Québec (77,1 %) ¹⁰⁶ sont rémunérés selon ce mode.

En 2014-2015, la RAMQ avait déboursé 6,75 G \$ pour la rémunération médicale. Selon l'ICIS, c'est un peu plus de 80 % des services médicaux qui sont payés à l'acte au Québec. D'autres modes de rémunération totalisent

1,22 G \$ des sommes déboursées par l'État, comme le montre le tableau 3.7, ce sont le salariat, le paiement par vacation et le paiement par capitation, qui comptent respectivement pour 1 %, 6 % et 3 % de la rémunération totale. Le reste de l'enveloppe est payé en financement pondéré, en bonis d'éloignement ou selon d'autres modes contractuels non précisés dans les données de l'ICIS.

Tableau 3.7

Paiement clinique (autre que paiement à l'acte) selon le mode de paiement (en milliers de dollars), Québec, 2014-2015

Mode de paiement	
Salaires	68 394
Vacation	402 132
Capitation	221 412
Financement global	-
Psychiatrie	-
Financement pondéré	498 210
Zones nordiques et insuffisamment desservies	2 533
Services d'urgence et disponibilité	-
Mode contractuel non précisé	30 449
Total	1 223 130

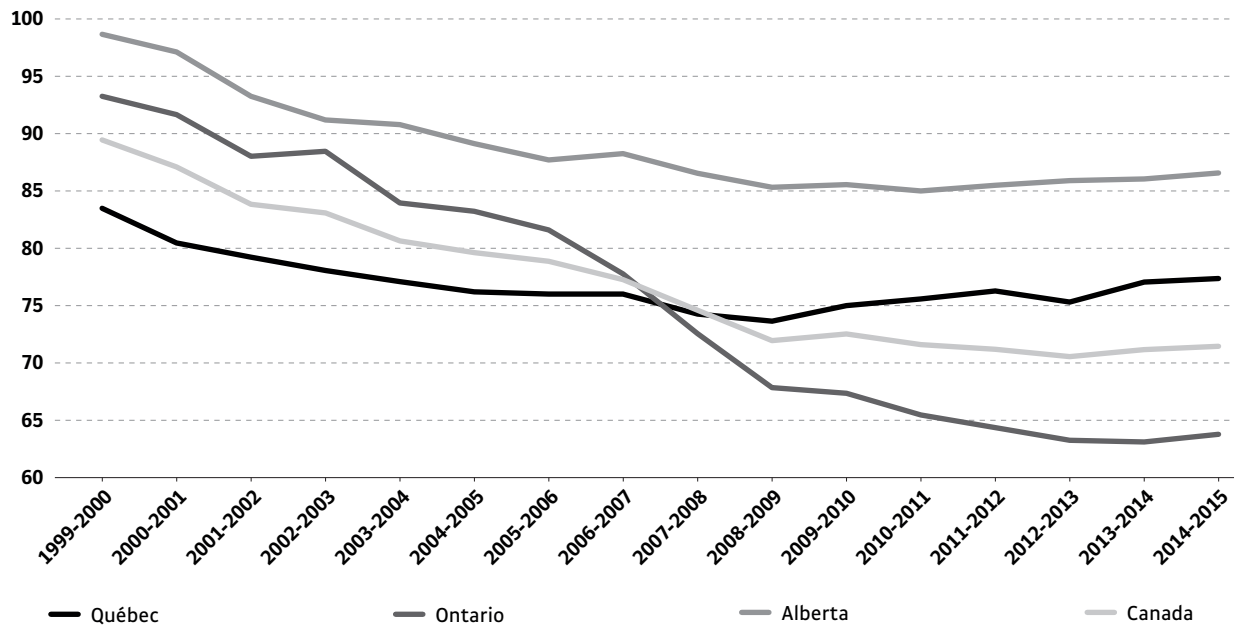
SOURCE INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Base de données nationales sur les médecins*, Tableau A.2.2, 2015.

La part du financement à l'acte a moins diminué au Québec que dans les autres provinces canadiennes au cours des dernières années, et comme dans les autres provinces, il y a une recrudescence de l'usage de ce mode. Alors que la moyenne canadienne a baissé, particulièrement en Ontario, le financement à l'acte au Québec a même augmenté à partir de 2008-2009. C'est ce que montre le graphique 3.12.

En plus de la rémunération à l'acte, les médecins sont admissibles à recevoir différents montants forfaitaires. En effet, pour valoriser une pratique axée sur les patients et sur la population, un forfait est versé aux médecins par la RAMQ pour chaque patient inscrit considéré actif au 1^{er} janvier de l'année. Aucune facturation n'est requise du médecin pour recevoir ce montant. Il faut noter aussi que le médecin reçoit un montant de plus si le patient appartient à un groupe qui est identifié comme faisant partie

Graphique 3.12

Part de la rémunération à l'acte dans la rémunération médicale totale, Québec, Ontario, Alberta et ensemble du Canada



SOURCE INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Base de données nationales sur les médecins*, Tableau A.1.2, 2015.

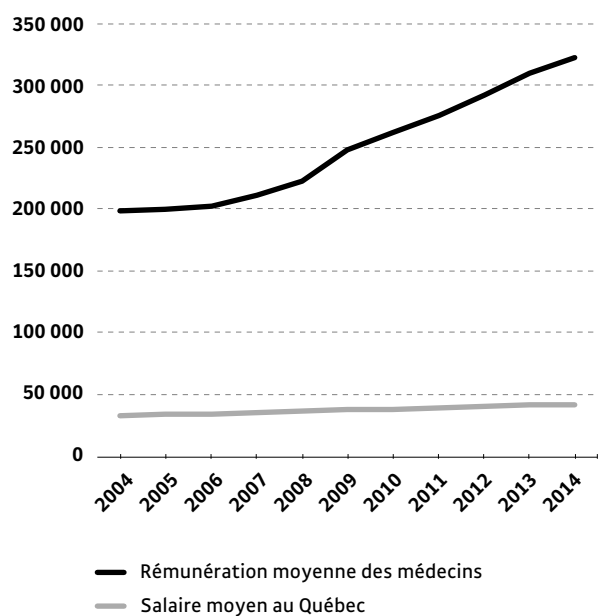
d'un groupe vulnérable selon les critères du ministère de la Santé, c'est-à-dire des gens présentant des « facteurs de risque (morbidité et mortalité) associés à une grande vulnérabilité ou pour lesquels on constate des écarts significatifs par rapport à la population générale¹⁰⁷ » et aussi des « gens avec des conditions de vie difficiles liées au statut socioéconomique¹⁰⁸ ».

La hausse du revenu des médecins ces dernières années suit une courbe croissante qui n'a aucune commune mesure avec la courbe de croissance du revenu moyen – et stagnant – des Québécois·es. Le graphique 3.13 montre qu'en 2004, l'écart entre le salaire moyen des Québécois·es et la rémunération brute des médecins était déjà très élevé. Cet écart s'exacerbe à partir de 2007. En 2004, les médecins gagnaient 6 fois le salaire moyen des Québécois·es alors qu'en 2014, leurs gains atteignaient 7,6 fois ce salaire moyen.

En d'autres termes, il existe un déséquilibre en matière de rémunération des médecins. Les médecins gagnent trop par rapport aux autres Québécois·es, aux autres travailleurs et travailleuses de la santé et par rapport à la capacité budgétaire du gouvernement. Peu importe le champ dans lequel ils pratiquent, leur revenu brut se situe bien au-delà de celui de la moyenne québécoise et même du quintile le plus riche de la population.

Graphique 3.13

Rémunération moyenne des médecins et salaire moyen (\$ courants), Québec, 2004-2014



SOURCE RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, Banque de données ORIS, Tableau SM.24, 2004-2014. Tableau CANSIM 282 0152. Calculs de l'auteur.

LES DIFFÉRENTS MODES DE RÉMUNÉRATION MÉDICALE

Nous avons vu que la rémunération à l'acte est le principal mode de paiement des médecins au Québec. Cependant, s'il a été longtemps dominant au Canada, il l'est désormais de moins en moins.

Il existe trois grandes catégories de modes de rémunération médicale : la rémunération à l'acte, le salariat et la capitation. La rémunération à l'acte prévoit des paiements en fonction du volume d'actes médicaux réalisés et tarifés à l'unité. Le salariat (ou « rémunération fixe ») correspond au mode de rémunération le plus courant dans le reste de la société, à savoir un revenu (habituellement annuel) fixe sur lequel l'activité du médecin n'a pas d'incidence. Enfin, la capitation est un mode de rémunération offrant au médecin un montant forfaitaire en fonction du nombre de patient·e·s à sa charge, sans égard au nombre d'actes réalisés.

Ainsi, la rémunération à l'acte et le paiement par capitation sont les deux formes de rémunération qui dépendent de l'activité du médecin : dans le cas du paiement à l'acte, ce sont les services rendus qui sont comptabilisés, alors qu'avec le paiement par capitation, on comptabilise le nombre de patient·e·s dont le médecin est responsable. Ce nombre ne lui est pas imposé. C'est aux patient·e·s d'aller s'inscrire dans son cabinet, déterminant ainsi sa rémunération.

Le paiement à l'acte est par définition *rétrospectif* alors que le paiement par capitation et le salariat sont *prospectifs*. En effet, un médecin payé à l'acte reçoit sa rémunération après la fin d'une période de facturation, lorsque le nombre de services rendus aura été recensé et comptabilisé. En revanche, avec le salariat ou la capitation, le montant reçu par le médecin est essentiellement déterminé à l'avance et plus aisé à prévoir. En ce sens, à moins d'imposer un plafond, la rémunération à l'acte est plus difficile à budgéter, d'où un risque accru de dépassement des coûts.

La plupart des pays de l'OCDE utilisent simultanément ces trois modes de rémunération médicale en fonction de conjonctures différentes. Le Royaume-Uni et les Pays-Bas¹⁰⁹ privilégient le paiement par capitation pour les médecins généralistes œuvrant en soins de première ligne. Par contre, si le Royaume-Uni rémunère par capitation en médecine générale, il paie par salariat ses médecins spécialisés, ce qui est donc un modèle mixte¹¹⁰. Les Pays-Bas paient quant à eux leurs médecins spécialistes par des paiements à l'acte¹¹¹. En France, on utilise

également le paiement à l'acte pour les médecins de ville^a, mais les médecins qui pratiquent dans les centres hospitaliers sont salariés. En Suède, c'est le salariat qui prédomine dans les modes de rémunération médicale¹¹². Bref, la rémunération médicale se prête à plusieurs combinaisons et fonctionnements. Dans les pages qui suivent, nous explorons de façon plus détaillée ces différents modes, en précisant leurs avantages et leurs inconvénients.

RÉMUNÉRATION PAR PAIEMENT À L'ACTE

Le principal avantage du paiement à l'acte est qu'il incite les médecins à accroître leur volume de soins, favorisant ainsi potentiellement leur accessibilité. Comme la rémunération du médecin dépend du nombre d'actes posés, on s'attend à ce qu'il ou elle augmente le nombre de consultations durant son travail. La théorie économique orthodoxe, fondée sur le principe que les individus sont des êtres strictement rationnels qui cherchent à maximiser leurs gains, veut ainsi que le paiement à l'acte favorise une productivité accrue, soit plus de services offerts par le médecin pour chaque heure de travail. Mais si la littérature en économie de la santé prédit que le paiement à l'acte entraînera davantage de consultations et d'actes médicaux que la capitation pour une période donnée, les observations empiriques révèlent une différence de volume de soins plutôt modeste entre le mode de paiement à l'acte et celui de la capitation¹¹³.

En ce sens, un médecin n'est pas davantage un agent économique unidimensionnel qu'une autre travailleuse ou travailleur. Il s'inscrit dans des cadres relationnels multifactoriels et est mû par des motivations diverses. De plus, sa pratique s'inscrit dans des normes institutionnalisées parmi lesquelles figurent des règles, l'éthique, l'organisation du système de santé, les attentes des patient·e·s, etc. Les incitations financières ne peuvent donc pas être assimilées aux seuls déterminants de la pratique. Elles doivent néanmoins être considérées, tant pour leurs bienfaits éventuels que pour les effets pervers qu'elles peuvent induire dans le travail des médecins.

L'un des effets pervers du paiement à l'acte est la surproduction de soins. En effet, un médecin pourra poser plus d'actes pour augmenter ses revenus, au risque de réaliser des actes inutiles. En France, les économistes Delattre et Dormont ont étudié le comportement des

^a En France, on définit la médecine de ville comme tous les soins médicaux qui sont donnés à l'extérieur d'un complexe hospitalier, d'hébergement ou d'un établissement médico-social.

médecins généralistes et ont montré qu'il existait une corrélation entre la densité populationnelle de leur zone d'exercice et leur nombre de consultations, même si le nombre de médecins augmente aussi sur le territoire¹¹⁴. En effet, lorsque cette densité augmente, de nouveaux médecins s'ajoutent dans la zone et exercent une pression à la baisse sur le nombre de consultations par médecin. Cela est dû au fait que plus de médecins se partagent un même bassin de patient·e·s. Delattre et Dormont montrent que les médecins tendent alors à compenser leur perte de patient·e·s en augmentant le volume de soins délivrés au cours de chaque consultation.

Selon certains économistes, baser la rémunération sur le volume de soins comme le fait le paiement à l'acte amène les médecins à encourager leurs patient·e·s à consommer plus de soins que nécessaire¹¹⁵. Il s'agit du phénomène de la demande induite¹¹⁶. Si la demande induite a été théorisée depuis les années 1970, cette hypothèse n'a été testée empiriquement, en médecine obstétrique, que durant les années 2000¹¹⁷.

Ce test de validité empirique s'est fait par l'analyse de banques de données des États-Unis. Les économistes ayant travaillé à ce projet de recherche ont constaté qu'entre 1970 et 1982, le taux de fertilité aux États-Unis a diminué de 13,5 %. Owings et Gruber, les économistes en question, ont remarqué que pour compenser leurs pertes de revenus, les médecins en obstétrique ont eu tendance à proposer davantage d'accouchements par césarienne. Selon ces chercheurs, comme les paiements pour accouchement par césarienne étaient plus élevés, les médecins ont induit une demande accrue de césariennes, leur permettant ainsi de récupérer une partie de leurs pertes de revenus liées à la baisse de fertilité. La même dynamique s'est observée dans les chirurgies thoraciques¹¹⁸. Lorsque des coupes budgétaires dans le programme Medicare ont réduit la rémunération des chirurgiens, ces derniers ont commencé à prescrire plus de chirurgies thoraciques, plus coûteuses. Ces deux exemples tendent à valider les craintes évoquées plus tôt à propos des effets pervers induits par la rémunération à l'acte.

En ce sens, si le paiement à l'acte incite à la multiplication des actes médicaux, il n'incite pas pour autant à accroître les actes les plus pertinents. Il faut donc être très prudent lorsque l'on invoque la supériorité du paiement à l'acte comme facteur de la qualité de la pratique.

À l'échelle nationale, la multiplication des actes nuit également au contrôle des coûts. Le paiement étant rétrospectif, le payeur¹¹⁹ ne peut avoir un portrait clair des dépenses encourues qu'une fois la facturation

complétée, d'où la difficulté de budgéter des montants précis pour rémunérer des médecins payés à l'acte.

La complexité de la gestion est également un problème que l'on peut associer à la rémunération à l'acte. En 2015-2016, la RAMQ a traité 56,5 millions d'actes médicaux¹²⁰. Le nombre d'actes lui-même a considérablement augmenté au fil des années, contribuant ainsi à accroître la lourdeur administrative de la facturation. L'AMQ soulignait dans un mémoire que le manuel des tarifs destinés aux médecins de famille comprenait 504 pages¹²¹. Les règles de facturation comptent 1500 pages. Pour les médecins spécialistes, le guide des tarifs comprend 832 pages et les règles de facturation, 1330 pages. Enfin, les ententes entre les médecins et le gouvernement sont elles-mêmes volumineuses et tendent à alourdir les calculs de rémunération. Compte tenu du poids de la tâche administrative de facturation, il n'est pas surprenant que bon nombre de médecins aient recours à des agences de facturation médicale. Selon la liste annuelle publiée par la revue *Santé Inc.*, quelque 8070 médecins auraient recours à ces services¹²² qui les aident à facturer, mais aussi à maximiser leurs gains dans ce processus¹²³.

La volonté d'optimiser des gains peut aussi mener à des fraudes. Dans le rapport du Vérificateur général du Québec sur la rémunération des médecins¹²⁴, il est clair que la RAMQ ne prend pas réellement en compte les risques d'erreurs ou de fraude en matière de facturation. En 2014, sur 17 500 médecins, seulement 2 % ont vu leur facturation analysée. Et en général, cette analyse n'a porté que sur un seul code d'acte, ce qui restreint d'autant plus la portée de ces examens.

La complexité de ce modèle de rémunération est un autre facteur qui entrave la vérification des faits. Le Vérificateur général du Québec a recommandé à la RAMQ de mettre en place des mesures pour mieux évaluer la performance et la régularité des modes de paiement. Compte tenu de la complexité de ce système, la question se pose à savoir si la voie la plus efficace est réellement d'élaborer un système de vérification à son tour plus complexe.

Ce mode de paiement n'incite pas non plus les médecins à déléguer des actes ou à favoriser des modes alternatifs de consultation. Par exemple, les suivis téléphoniques ou la téléconférence ne sont guère mis en valeur par la rémunération à l'acte alors qu'elle pourrait parfois convenir, aider à limiter des déplacements et contribuer à réduire l'achalandage physique dans les établissements.

Bref, la structure du paiement à l'acte ne facilite pas un contrôle efficace des coûts et n'incite pas les médecins à offrir des soins de meilleure qualité, notamment en ce qui a trait à une médecine plus préventive. En mettant

un tel accent sur la productivité, on néglige certaines dimensions essentielles de soins qui garantissent la santé des populations, comme l'accent mis sur un mode de vie plus sain et une meilleure nutrition, toutes choses qui pourraient préoccuper un médecin.

En somme, le paiement à l'acte n'est pas conçu pour favoriser les soins de première ligne. Par définition, ce mode de rémunération valorise le nombre d'actes produits et résume la productivité du médecin au nombre de patients rencontrés et de soins livrés. Or, le travail de la médecine de première ligne consiste à bien évaluer les besoins d'un patient et cette analyse s'accorde mal avec le productivisme que valorise la rémunération à l'acte.

Dans une littérature économique généralement partisane du paiement à l'acte, il est rare que les analystes s'intéressent à la qualité et à la pertinence des soins donnés. En outre, ce mode de rémunération incite à la multiplication des actes et à une croissance des dépenses globales en santé. Cet effet est d'autant plus difficile à vérifier qu'en jouissant du statut de travailleur autonome, les médecins n'ont pas de supérieurs. Quant à l'organisation censée protéger le public, le Collège des médecins, l'on constate qu'à l'instar des autres ordres professionnels du Québec, il s'acquitte bien imparfaitement de sa mission et essuie son lot de critiques¹²⁵.

RÉMUNÉRATION PAR CAPITATION

Nous venons d'étudier le fonctionnement du paiement à l'acte, avec ses forces et ses faiblesses; voyons maintenant quels sont le fonctionnement, les avantages et les inconvénients de la capitation.

En vertu d'une rémunération par capitation, un médecin reçoit un montant fixe (*per capita*) pour chaque personne prise en charge, peu importe le volume de services, voire l'absence de services, qu'il ou elle offre à chacune de ces personnes pour une période donnée.

Le montant offert par personne à charge peut ensuite être modulé selon les groupes sociodémographiques auxquels appartiennent les patient·e·s, avec des montants plus élevés pour les patient·e·s plus susceptibles d'avoir besoin de consulter. Des caractéristiques comme l'âge, le sexe et le lieu d'habitation peuvent être prises en considération, mais également d'autres variables comme un historique de toxicomanie ou d'obésité morbide, afin d'ajuster la rémunération du médecin par individu suivi.

Une particularité du paiement par capitation est que le médecin doit aussi gérer une enveloppe globale qui doit couvrir les soins à toutes les personnes figurant sur sa liste. Les soins que le médecin doit livrer à ses patient·e·s

peuvent inclure différents services. En général, par contre, l'enveloppe budgétaire gérée par le médecin inclura les soins primaires et les soins aux familles. Il est plutôt rare qu'un médecin rémunéré par capitation le soit pour offrir des soins hospitaliers puisque ceux-ci comportent un éventail de variables plus complexes à prendre en considération.

Comme le paiement à l'acte, la rémunération par capitation repose sur le principe que le médecin a intérêt à travailler plus afin d'accroître sa rémunération. Mais plutôt que de multiplier le nombre d'actes, l'idée est maintenant d'accroître le nombre de patient·e·s sur sa liste. Toutefois, le médecin doit prendre soin de ne pas surcharger cette liste, puisque les patient·e·s qui peinent à obtenir des services pourraient se désinscrire et changer de médecin.

Pour les finances publiques, la rémunération des médecins par capitation est plus prévisible. Peu importe où s'inscrit un patient, l'enveloppe budgétaire accordée à la rémunération des médecins devrait ne varier qu'en fonction de l'évolution démographique du territoire concerné.

Selon les calculs de l'OCDE, la capitation réduit les dépenses en santé dans une fourchette qui se situe entre 17 et 21 %¹²⁶, grâce à un meilleur contrôle de ces coûts. Dans un système de paiement par capitation, on peut mieux évaluer les dépenses en santé liées à la rémunération des médecins puisqu'on a déjà une bonne idée de celles et ceux qui constituent la population cible.

Le Royaume-Uni fait aussi appel à une variante du paiement par capitation, la rémunération par enveloppe budgétaire (dite *fundholding*). Comme dans toutes les formes de paiement par capitation, les médecins qui sont payés par enveloppe budgétaire sont rémunérés en fonction du nombre de patient·e·s inscrit·e·s sur leur liste. Cela dit, ils gèrent aussi une enveloppe budgétaire globale, dans laquelle ils doivent prendre en considération les coûts encourus pour les soins de leurs patients, y compris l'achat de médicaments.

Les diverses variantes de rémunération par capitation ont certains impacts communs sur la pratique médicale. Dans ce cadre, un médecin a davantage intérêt à favoriser la prévention et ainsi réduire le nombre de visites des patients. Un patient maintenu en santé consultera moins souvent le médecin, et ce dernier aura plus de temps à offrir aux autres patient·e·s, notamment ceux qui requièrent des suivis plus urgents. Évidemment, un plus grand nombre de patient·e·s en santé renvoie aussi à moins de dépenses de santé.

La capitation peut toutefois créer une concurrence entre les médecins, puisqu'ils ont intérêt à élargir et

maintenir un bassin de patient·e·s qui ne peuvent être simultanément inscrits sur la liste de plusieurs médecins.

En théorie, le médecin rémunéré par capitation a intérêt à avoir une pratique médicale plus efficace (afin d'utiliser moins de ressources), à ne voir ses patients que lorsque c'est nécessaire, à déléguer des tâches à d'autres professionnelles comme des infirmières (cette délégation n'entraînant pas de diminution de gains), et d'être consulté à distance lorsque c'est approprié (puisque ce mode de consultation ne réduit pas son revenu non plus, celui-ci étant indépendant des actes posés).

Néanmoins, puisque le médecin cherche à éviter de « perdre » son patient, il peut être incité à céder davantage aux demandes de celui-ci, dans le cas par exemple où quelqu'un réclame une prescription médicamenteuse que le médecin n'offrirait pas spontanément.

Des auteur·e·s ont montré que les médecins rémunérés par capitation ont tendance à sélectionner des patients dont la santé est meilleure, qui monopoliseront moins de ressources financières et de temps¹²⁷. D'autres auteur·e·s sont d'avis que le médecin est incité à rationner extrêmement les soins, donc à pécher par un excès inverse à celui qui est rémunéré à l'acte¹²⁸.

Face à ces risques de dysfonction, les administrateurs du paiement par capitation chercheront à ajuster les montants offerts par personne au médecin afin de mieux prendre en considération les conditions des patient·e·s. Les médecins pourraient cette fois être incités à poser des diagnostics plus sévères afin que chaque patient·e rapporte davantage d'argent. À cet égard, la plupart des pays qui rémunèrent leurs médecins par capitation choisissent de moduler les montants versés aux médecins en fonction de critères relativement simples et qui prêtent moins le flanc à l'arbitraire, tels le sexe, l'âge et la présence ou non d'une maladie chronique.

À l'opposé du paiement à l'acte, le paiement par capitation ne tend donc pas à démultiplier les soins donnés par le médecin. Au contraire, les cas plus lourds seront transmis plus rapidement aux spécialistes, ce qui peut avoir son revers négatif lorsque des médecins généralistes peuvent laisser tomber des cas qui demandent trop de soins. Cela dit, l'explication la plus probable est que les médecins vont surtout recommander leurs patient·e·s à des spécialistes par souci d'efficacité.

Lorsque le Danemark a remplacé la rémunération par capitation par la rémunération à l'acte, le taux de référence à d'autres professionnels a diminué¹²⁹. Les médecins avaient soudainement un intérêt à revoir le plus souvent possible leurs patients. À l'inverse, lorsque quatre municipalités norvégiennes ont diminué leur part de

rémunération à l'acte pour les remplacer par davantage de capitation, le taux d'adressage à des spécialistes a augmenté substantiellement¹³⁰.

La rémunération par capitation peut donc permettre de mieux prévoir et contrôler les coûts parce que le médecin devient une sorte de gardien des dépenses en première ligne, tout en s'assurant d'offrir des soins adéquats, en termes à la fois de quantité et de qualité, aux patient·e·s inscrit·e·s sur sa liste. Des économistes britanniques ont calculé que ces responsabilités conférées au médecin par le biais du paiement par capitation ont eu pour effet de réduire le temps d'attente de 8 % par rapport au paiement à l'acte¹³¹. En revanche, la dynamique de concurrence susceptible de se développer entre les médecins peut induire des effets pernicieux tels que l'adressage trop rapide à des spécialistes, du clientélisme dans la relation médecin/patient, ou le refus d'inscrire certain·e·s patient·e·s considéré·e·s comme des cas trop lourds et exigeant trop de ressources.

RÉMUNÉRATION PAR SALARIAT

La rémunération à salaire pour les médecins renvoie à un montant forfaitaire donné au médecin par unité de temps travaillée. Il s'agit du mode de rémunération de la plupart des travailleuses et travailleurs de la santé. Le salariat permet de délier la rémunération de l'acte médical ou du nombre de patients pris en charge. En d'autres mots, avec le salariat, les décisions que prend le médecin sur les soins ou sur le nombre de patients qu'il traite n'auront aucune incidence sur sa rémunération.

Dans certains milieux de pratique au Québec, comme dans la médecine communautaire, des médecins sont rémunérés à salaire. Dans ce domaine, la pratique commune est la rémunération par vacation, soit une forme de salariat en vertu de laquelle le médecin est payé pour des blocs d'heures (souvent de trois heures); elle doit permettre à ce dernier de consulter ses patients, de se livrer à des actes médicaux et de travailler avec d'autres professionnel·le·s au sein d'équipes multidisciplinaires. Le salariat (et ses dérivés) est reconnu comme la forme de rémunération qui favorise le plus des soins intégrés et multidisciplinaires, puisque cela élimine la compétition formelle entre les médecins.

Dans un système où les médecins sont rémunérés à salaire, on s'attend à ce que le médecin consacre plus de temps à chacun·e des patient·e·s¹³². En ce sens, si l'on considère que la durée de la consultation peut avoir une incidence sur la qualité des soins, le salariat tend à avoir un effet positif. Par contre, si l'on adopte une approche

plus productiviste et que l'on mesure la performance du médecin au nombre de patient·e·s consulté·e·s sur une période donnée, alors le salariat aura une incidence négative puisqu'il n'incite pas à une hausse du nombre de consultations ou des actes médicaux posés.

Ces arguments, nous les retrouvons dans la littérature économique orthodoxe*, pour qui le salariat n'incite pas les médecins à contribuer de manière optimale à la santé de leurs patients ou à la qualité des soins donnés. Selon ces auteurs, le salariat pose donc un problème de désincitation¹³³. Cet argument omet le fait que le médecin cesse d'être travailleur autonome pour devenir un·e salarié·e de l'État et donc que l'organisation même du travail sera transformée. Le médecin devra par exemple respecter les engagements pris avec son employeur, notamment en termes d'assiduité et d'activité. En somme, avec la mise en place du salariat, le médecin devient un travailleur ou une travailleuse comme les autres et doit négocier, comme les autres, ses conditions de travail avec l'employeur, en ce cas-ci l'État.

Par le passé, les fédérations médicales se sont opposées vigoureusement au salariat au nom du principe de leur autonomie professionnelle. C'était d'ailleurs le même argument qui motivait les médecins à s'opposer à une assurance publique et universelle dans les années 1950 et 1960. Pourtant, la mise en place de l'assurance publique a permis aux médecins d'engranger des revenus très élevés et aujourd'hui, au Québec, le salariat pourrait contribuer grandement à favoriser le travail en équipe et optimiser l'environnement de travail de l'ensemble des professionnel·le·s de la santé. Le salariat présente également l'avantage pour le médecin de le décharger de la responsabilité de la gestion administrative, et notamment de la facturation.

Les chercheuses Paris et Devaux soulignent que dans au moins les deux tiers des pays de l'OCDE, les soins spécialisés offerts à des patients hospitalisés sont le fait de médecins rémunérés à salaire. La Belgique, le Canada et les Pays-Bas font exception puisque les spécialistes qui œuvrent dans les hôpitaux de ces pays sont payés à l'acte¹³⁴.

En termes de coûts, la rémunération à salaire permet à l'État de prévoir de manière relativement précise l'enveloppe globale à verser aux médecins sur le plan de la rémunération. Il est toutefois plus difficile dans ce système de contrôler le coût global des soins donnés aux patient·e·s, puisque le médecin n'aura pas de regard détaillé sur le coût des soins donnés, tels ceux liés aux médicaments et aux traitements spécifiques, comme c'est le cas avec la capitation et l'enveloppe budgétaire assignée. En revanche, il n'y a pas d'incitatif à multiplier les soins, comme dans le cas du paiement à l'acte.

Bref, le salariat ne doit pas être envisagé comme une variable isolée. Il s'agit d'un mode de rémunération des médecins qui entraîne une tout autre organisation du travail, une culture de travail distincte et des possibilités d'avancement qui contrebalanceront l'absence d'incitatifs financiers directs, comme il en existe avec le paiement à l'acte et avec la capitation. Le salariat s'accompagne d'avantages sociaux, d'une sécurité d'emploi et aussi d'un nouveau rapport à une autorité pour les médecins.

Outre un rapport à l'autorité capable d'influencer le comportement du médecin, il est certes possible de moduler son salaire en fonction de ses « performances » comme on le fait au Royaume-Uni avec un dispositif de paiement à la performance en vigueur depuis 2004, le *Quality Outcome Framework* (QOF). Cette modulation s'appuie sur les indicateurs de qualité clinique, de satisfaction des patient·e·s et d'organisation du cabinet. À la suite de l'implantation de ce programme, le revenu annuel des médecins du Royaume-Uni a d'ailleurs augmenté de 60 %, pour atteindre en 2006 une somme d'environ 140 000 €¹³⁵.

La recherche sur l'efficacité de la modulation offerte par le QOF n'est cependant pas concluante. Les études réalisées au Royaume-Uni indiquent que ce critère a induit une amélioration modeste de la qualité des soins, même si le programme implique des sommes importantes (1,25 G€ en 2006¹³⁶). Cela dit, ces recherches soulignent que la modestie des résultats est sans doute liée au fait que, pour être admissibles aux modulations du QOF, les médecins avaient peu d'augmentation de productivité à présenter, les critères retenus étant surtout la qualité et la satisfaction. En ce sens, on ne peut établir de corrélation entre la modestie des résultats de ce programme et les montants en cause.

RÉMUNÉRATION MIXTE

Les différents modes de rémunération que nous avons considérés jusqu'à maintenant ne sont pas des absolus. Ces approches peuvent avoir des variantes. Nous avons vu par exemple que le *fundholding* dérive de la capitation et que le paiement par vacation est une déclinaison du salaire horaire. De plus, comme nous l'avons précisé plus haut, la plupart des pays utilisent plusieurs modes de rémunération simultanément, selon divers critères comme le type de pratique ou la spécialisation médicale, afin de répondre simultanément à différents besoins. En d'autres mots, un système de santé peut adopter un modèle de rémunération médicale mixte. Cette mixité se veut adaptée à la particularité de la pratique, aux patients

concernés et au contexte. Au Québec, plusieurs médecins reçoivent d'ailleurs déjà une rémunération mixte.

La mixité hérite tant des avantages que des inconvénients des modes de rémunération qu'elle combine. Elle peut induire un attrait pour le rendement ou peut susciter des craintes en ce qui a trait à la productivité. Il n'en demeure pas moins que, pour certain·e·s, la rémunération mixte est pratiquement incontournable, et il s'agit dès lors de déterminer quel doit être son meilleur dosage¹³⁷.

■

Cette section a permis de décrire la situation actuelle de la rémunération des médecins au Québec. Nous avons vu que leur statut de travailleurs autonomes relève à l'origine d'un compromis qui a permis au Québec d'avoir un système public de santé, mais qui s'accompagne du fait que les médecins vendent leurs services comme autant de propriétaires de mini-PME dans un marché public.

Nous avons aussi constaté que le modèle actuel de rémunération des médecins mène à une augmentation insoutenable en matière des coûts. Il s'agit d'un problème structurel qui requiert une transformation de la structure du mode de rémunération. Le présent chapitre a démontré que chacun des modes de rémunération comporte ses forces et ses faiblesses. La plupart des pays de l'OCDE combinent par ailleurs ces différents modes afin de répondre à leurs besoins propres. S'il importe de revoir la rémunération à l'acte au Québec, ce changement devra se combiner à d'autres pour permettre une réelle transformation des services de santé au pays.

Nous verrons dans le dernier chapitre quelles sont les sept propositions mises de l'avant par l'IRIS quant au thème élargi de l'allocation des ressources au sein du réseau sociosanitaire québécois.

CHAPITRE 4

Propositions pour un réseau de la santé public, démocratique et décentralisé

Durant les 25 dernières années, les politiques néolibérales ont dégradé le système sociosanitaire québécois tel qu'il avait été pensé dans la foulée de la Révolution tranquille. Le néolibéralisme a soumis les politiques de santé aux dogmes de l'économie de marché et a promu les paradigmes de l'entreprise privée non seulement en santé, mais également dans plusieurs autres sphères d'activité allant de la justice à l'éducation, en passant par les relations internationales, les infrastructures et la fiscalité. Le carcan des politiques néolibérales atteint ses limites et les promesses non tenues de prospérité et d'amélioration des services se traduisent par un désenchantement croissant de la population. Au Québec, le désabusement de la population face au système sociosanitaire est très fort. Autant les gains des mouvements sociaux en termes d'accès à la santé dans les années 1960 et 1970 ont été vivifiants pour la société québécoise, autant les détournements et les échecs d'aujourd'hui sèment un sentiment de désenchantement qui pourrait, comme toute colère populaire latente, devenir explosif.

Les diagnostics sur les maux du système sociosanitaire sont très clairs. Au Québec comme dans d'autres pays occidentaux, les réformes qui ont été entreprises afin de rendre le système plus démocratique et plus axé sur l'intervention sociale ont rencontré des obstacles importants et ont subi plusieurs revers, accentués par l'implacable virage néolibéral. Selon la politologue Anne Plourde de l'Université du Québec à Montréal, on hérite par conséquent :

- d'une approche de la santé hospitalocentrée, dominée par l'approche curative et la médecine libérale*;
- où la maladie est conçue comme un problème technique, individuel et biomédical plutôt qu'un problème social qui relève de rapports sociaux et politiques;
- dans un système hybride qui emprunte, qu'il soit public ou privé, à la logique de marché et à une bureaucratie hiérarchisée;
- et dans lequel la plus grande part des ressources est destinée aux secteurs spécialisés de deuxième ou

troisième ligne, aux produits pharmaceutiques et aux équipements technologiques de pointe plutôt qu'à la santé publique et aux réseaux de première ligne¹³⁸.

Au Québec, la réforme imposée par Gaétan Barrette depuis l'adoption du projet de loi 10 en 2015 a accéléré le processus de transformation du système sociosanitaire. Si ce projet de loi, adopté sous le bâillon, a causé un précédent en matière d'autoritarisme sociosanitaire^a, il n'en demeure pas moins qu'il est la continuation des transformations amorcées depuis plus de 25 ans. Cette transformation se caractérise principalement par une migration vers la gouvernance entrepreneuriale et l'imposition de l'idéologie de la Nouvelle gestion publique*.

Damien Contandriopoulos de l'Université de Montréal résume comment la réforme en cours empire des problèmes déjà existants dans le système de santé du Québec :

Sur le terrain, cette appropriation du système par le secteur médical bloque systématiquement des initiatives qui permettraient un réel travail interprofessionnel. Les professionnels non-médecins — pharmaciens, infirmiers, intervenants communautaires, etc. — sont cantonnés à des modèles de subordination où ils sont vus comme de simples outils pour améliorer la productivité des médecins. Ce n'est pas dans cette voie que l'accessibilité, la qualité ou la pertinence des soins seront améliorées.

Deuxième tendance lourde, conséquence directe de la première : une vision du système de santé qui accorde beaucoup trop d'importance aux soins spécialisés et curatifs. (...) Nous sommes en train de laminer la prévention pour nourrir des secteurs de pointe peu susceptibles d'améliorer la santé de la population.

Plus largement, l'austérité qu'impose le gouvernement libéral en éducation, dans la petite enfance ou dans

^a En comparaison, les deux lois fondatrices de l'assurance maladie (1970) et du système sociosanitaire québécois (1971) avaient été adoptées à l'unanimité.

le communautaire va aussi augmenter et faire croître les inégalités en santé. Toutes les preuves scientifiques montrent qu'il faut investir dans des soins primaires de proximité, en prévention et dans la collectivité.

Or, l'inverse est en train de se produire¹³⁹.

Dans cette quatrième section, nous formulons sept propositions pour renverser les tendances actuelles et mieux servir la santé de la population québécoise.

Proposition n° 1 :

Rompre avec la gouvernance entrepreneuriale

Le réseau de la santé et des services sociaux que lèguera le ministre Gaétan Barrette ne permettra pas un fonctionnement optimal dans la prestation de services accessibles et de qualité à la population québécoise. Pour atteindre cet objectif, il faudra tôt ou tard stopper des transformations nocives, renverser des décisions malavisées et mener à terme des modifications structurelles des mécanismes et pratiques mises de l'avant par la contre-révolution Barrette.

La toute première étape implique une rupture avec une approche mise de l'avant depuis le tournant des années 2000 et qui consiste à calquer le fonctionnement de l'État sur celui de l'entreprise privée. L'IRIS a abondamment publié sur l'introduction de la gouvernance entrepreneuriale dans différents secteurs publics ou privés sans but lucratif au Québec, notamment l'éducation, la santé et le secteur communautaire¹⁴⁰.

La gouvernance entrepreneuriale ne se traduit pas nécessairement, ou pas immédiatement, par une privatisation des services. Elle vise à faire adopter aux ministères et organismes publics les modes de fonctionnement de l'entreprise privée. C'est ainsi que l'on a revu, par exemple, le vocabulaire de l'administration publique de façon à transformer les rapports annuels en « rapports de gestion », les citoyen·ne·s en « clients », et en plaçant des PDG à la tête d'établissements qui offrent des services publics, entre autres.

En termes pratiques, l'appareil d'État, en santé ou ailleurs, s'est engagé dans la production de statistiques et de données quantitatives dans le but d'administrer les organismes d'État comme n'importe quelle industrie dont on peut ajuster les paramètres de production en réajustant tel ou tel levier d'un « tableau de bord ». Ce concept de gestion est utilisé par le Conseil du trésor lui-même dans un document où l'on explique la « gestion axée sur les résultats », une approche où l'accent se déplace vers des indicateurs de performances qui relèguent au second rang une analyse sociosanitaire plus holistique¹⁴¹.

L'idéal de la « gouvernance » repose lui-même sur le postulat que la société est trop complexe pour faire l'objet d'une planification digne de ce nom et que l'État doit par conséquent limiter ses interventions. Il est censé laisser place à des modes d'allocation des ressources financières qu'on présente comme plus efficaces, les mécanismes de concurrence, où chaque agent utilise le seul calcul de l'intérêt individuel pour favoriser ses intérêts. La société la plus complexe devient ainsi un simple grand marché où l'intérêt individuel poursuivi par tout un chacun est le meilleur garant d'une distribution optimale des ressources.

L'introduction de ces approches dans les services publics, sur la base d'une idéologie néolibérale qui imprègne désormais la totalité de l'État québécois, occasionne nombre d'effets pervers. Ceux-ci découlent de l'incompatibilité de la technocratie néolibérale avec des services aux citoyens et citoyennes qui verraient en ces personnes autre chose que des consommateurs et des consommatrices.

Les patient·e·s qui fréquentent le système sociosanitaire québécois devraient pourtant être reçue·s par des travailleuses et des travailleurs qui reconnaissent leur caractère humain plutôt que de les assimiler à une clientèle, voire à une marchandise. Le personnel du réseau sociosanitaire doit maintenir des installations et des services accueillants qui, par conséquent, ne peuvent être subordonnés à une gestion modelée sur la gouvernance entrepreneuriale, ni pour les relations avec les patient·e·s ni pour l'organisation du travail de son personnel.

Toute nouvelle réforme sociosanitaire est vouée à l'échec si elle n'abolit pas la gouvernance entrepreneuriale au sein de l'appareil étatique. Il faudra par conséquent dépasser la Nouvelle gestion publique et renouer avec un État qui sert des citoyen·ne·s plutôt que des clients et qui mise sur l'enracinement de ses travailleurs-gestionnaires (les cadres) dans leur milieu, plutôt que d'en faire des agents de rationalisation chargés d'appliquer strictement des directives venues d'en haut.

Le système doit par conséquent être moins hiérarchique, plus démocratique, mieux intégré sur le plan de ses composantes et reconnaître le principe fondamental selon lequel tout ne peut être quantifié et mesuré. Il doit permettre à son personnel d'encadrement d'exercer davantage son jugement et de faire preuve de créativité. Il ne peut fonctionner comme si la productivité des processus pouvait être éternellement améliorée sans égard au contexte social, économique et politique dans lequel évolue le système sociosanitaire.

Il faut renouer avec ce que François Bolduc de l'Université de Montréal appelle un gestionnaire

«traditionnel», soit un travailleur qui (1) est un·e professionnel·le de la santé et des services sociaux avant d'être un gestionnaire; (2) perçoit son rôle comme une extension de son travail précédent; et (3) pour qui «la qualité des soins et des services dispensés ainsi que le bien-être de ses subordonnés ont priorité sur le suivi des règles administratives¹⁴²».

PROPOSITION N° 2 :

Ne pas implanter le financement à l'activité

Au chapitre 2, nous avons traité des problèmes qui grèvent le financement à l'activité. Parmi ces difficultés, il faut compter le risque d'augmentation des coûts, l'incitation à livrer des soins non nécessaires, la production d'indicateurs quantitatifs coûteux et certaines difficultés insurmontables pour déterminer les montants à allouer pour chaque épisode de soins.

Face à ce constat, la seule décision responsable des autorités publiques quant à l'allocation des ressources financières dans le réseau sociosanitaire consisterait à ne pas transiter vers le financement à l'activité. La précaution, donc l'abstention, est le seul choix acceptable étant donné les preuves scientifiques des effets pervers de ce mode et l'absence d'avantages assez clairs pour justifier une mobilisation de toutes les ressources pour assurer la transition vers le FAA puis son fonctionnement régulier.

Comme le reconnaît le rapport de l'INESSS au Québec¹⁴³, la mise en place du financement à l'activité implique par ailleurs une hausse des lourdeurs administratives. En effet, un État néolibéral requiert une bureaucratie néolibérale, c'est-à-dire un appareil étatique dédié au développement des marchés externes ou internes à l'État.

Plutôt que d'accroître l'accessibilité à des soins de qualité, le fait d'accélérer la cadence des soins dans les hôpitaux contribuera à déplacer les problèmes dans d'autres secteurs du système sociosanitaire.

À l'inverse d'une approche qui mise sur une concurrence accrue, le mode d'allocation à privilégier doit viser une meilleure intégration des composantes du système sociosanitaire. Plus de collaboration favorisera une meilleure organisation des services de santé.

Les pratiques actuelles qui consistent à refléter des budgets historiques, à verser des budgets globaux selon les programmes-services ou programmes-soutien* et à ajuster les versements sur une base populationnelle comportent chacune leurs avantages et leurs inconvénients.

Dans l'objectif de maximiser les atouts et de minimiser les lacunes de ces modalités de financement, il y aurait lieu de mener l'approche populationnelle à son aboutissement logique et démocratique en impliquant directement la population dans les décisions sociosanitaires la concernant. On pourrait favoriser, par exemple, la participation directe des citoyen·ne·s d'une communauté dans l'élaboration de forfaits médicaux versés dans le cadre d'un financement par capitation.

Enfin, plutôt que de s'engager dans la production de nouveaux et coûteux indicateurs de performance, il faudrait décréter un moratoire dans le réseau sur le développement de nouveaux outils tant que le réseau sociosanitaire québécois sera en cours de réforme, tant que le réseau sera soumis à des compressions, tant que le ratio de personnel soignant au personnel non clinique n'aura pas augmenté significativement, tant qu'on n'aura pas un meilleur accès aux données déjà existantes et tant que l'on n'aura pas de bilan formel sur la mise en place du Dossier Santé Québec (DSQ), qui a lui-même requis d'importants investissements de ressources.

PROPOSITION N° 3 :

Accroître le nombre d'actes que peuvent effectuer des professionnelles de la santé autres que les médecins

Plusieurs actes actuellement réservés aux médecins peuvent être délégués à d'autres professionnelles de la santé. Dans les dernières années, cet enjeu a gagné en importance, a fait l'objet de revendications par différents travailleurs et travailleuses de la santé et a connu quelques avancées, notamment chez les infirmières et les pharmaciens. Or, plutôt que de simplement permettre une «délégation» d'actes, on devrait élargir les responsabilités des professionnel·les autres que les médecins.

Le cas le plus connu est celui des infirmières. En Ontario, les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) se sont vues confier un rôle beaucoup plus important que celui de leurs homologues du Québec. Elles sont plus nombreuses et constituent l'une des pierres d'assise de l'équivalent ontarien des GMF, les *Family Health Teams*¹⁴⁴. En 2012, l'Ontario est devenu la première province canadienne à permettre aux infirmières praticiennes de donner aux patient·e·s leur congé de l'hôpital¹⁴⁵. Ce changement aurait contribué à réduire de 16,2 % le temps d'attente dans les hôpitaux ontariens¹⁴⁶.

Tout comme le médecin, l'IPS est responsable en tant que personne morale des actes médicaux qu'elle pose.

Dans le même ordre d'idées, tout dépendant des législations des différentes provinces, les IPS peuvent prodiguer différents soins médicaux comme, par exemple, la prescription de médicaments, le plâtrage des fractures et l'évaluation des patient·e·s. Si l'admission et la décharge de ces personnes a eu une incidence sur les temps d'attente, on peut s'attendre à ce que l'élargissement des responsabilités des professionnels de la santé autre que les médecins pourrait avoir des impacts bénéfiques sur le bon fonctionnement du réseau et sur l'accès aux soins. Il est clair qu'une médecine plus collaborative améliorerait la qualité des soins et des services.

Ce n'est d'ailleurs pas le seul cas où l'on constate un manque flagrant de collaboration. En permettant au contraire à des professionnelles extérieures à la profession médicale de prodiguer une gamme plus large de soins médicaux, il serait possible d'accroître l'accès à plusieurs services qui sont pour le moment trop coûteux ou difficilement accessibles¹⁴⁷.

En somme, qu'il s'agisse des infirmières praticiennes spécialisées, des infirmières, des infirmières auxiliaires, des hygiénistes dentaires, des inhalothérapeutes, des technologues médicaux, des physiothérapeutes, des travailleurs sociaux, des sages-femmes ou d'autres professionnelles de la santé, plusieurs actes médicaux pourraient être pratiqués par des non-médecins afin d'accroître l'accès et de réduire les coûts des soins de santé.

PROPOSITION N° 4

Abolir le statut de travailleur autonome des médecins et modifier leur mode de rémunération

Nous avons montré au chapitre 3 comment le statut exceptionnel des médecins québécois constituait un obstacle à l'amélioration des soins et un avantage indu qu'on leur accorde. Cette situation s'explique par un compromis historique. Près de 50 ans plus tard, l'heure est venue de revoir les privilèges alors consentis aux médecins puisque l'évolution du système sociosanitaire québécois durant la dernière décennie a montré comment le statut qui leur est conféré fait obstacle à l'amélioration des politiques publiques de santé de la population québécoise.

Nous proposons par conséquent d'abolir le statut de travailleur autonome pour les médecins qui évoluent dans le système public. Ces médecins devraient être considérés comme des employé·e·s, à l'instar de toutes les autres personnes qui œuvrent dans le système sociosanitaire québécois, et donc recevoir un salaire pour leur travail.

Nous proposons également d'abolir la rémunération à l'acte. Nous avons vu au chapitre 3 que cette approche comporte de nombreux effets pervers, et que ce mode de rémunération fait l'objet de nombreuses critiques depuis plusieurs années, tant au Québec qu'ailleurs. Structurellement, la rémunération à l'acte encourage des soins parfois non pertinents et des actes non nécessaires; elle décourage l'interdisciplinarité, nuit au travail d'équipe et va à l'encontre d'une médecine axée sur les soins préventifs. Le recours à ce mode de rémunération a d'ailleurs beaucoup baissé ailleurs au Canada.

Le mode de rémunération des médecins doit favoriser l'accès à des soins de qualité. Il doit par conséquent éviter les modes de rémunération comme le paiement à l'acte qui incitent à multiplier les actes médicaux au risque de réduire le temps consacré à chaque consultation ou d'effectuer des actes superflus.

De même, le mode de rémunération médicale ne doit pas marginaliser une approche de la santé qui repose davantage sur la prévention. Une fois de plus, la rémunération à l'acte déconsidère totalement les gains à réaliser en termes de prévention puisqu'elle ne peut monnayer des gains qui sont difficiles ou impossibles à mesurer.

La question des coûts est également importante. Les médecins québécois ont obtenu une rémunération plus qu'avantageuse au fil des ans, mais le mode de rémunération actuel, de pair avec la complaisance gouvernementale, limite la capacité d'en contrôler les coûts. Le type de rémunération qui remplacera le financement à l'acte devra également refléter cette préoccupation, puisqu'elle est liée à la viabilité même d'un système de santé qui soit public, universel et gratuit.

Enfin, la rémunération médicale doit favoriser le travail d'équipe. La rémunération à l'acte incite le médecin à se réserver la prestation d'actes médicaux, parce que sa rémunération en dépend. La rémunération et une meilleure organisation du travail peuvent au contraire favoriser l'interdisciplinarité et rompre avec une approche où le travail du soignant est perçu comme une activité isolée parmi un ensemble de travailleuses et de travailleurs de la santé.

De plus en plus de médecins québécois appuient eux-mêmes une transformation du mode de rémunération, et certains travaillent à développer une vision lucide des principes qui devraient guider les politiques publiques en la matière¹⁴⁸.

Faute d'une formule idéale, et pour rappeler l'équité de statut qui devrait prévaloir entre les travailleuses et les travailleurs de la santé, nous proposons que les médecins québécois qui évoluent dans le secteur public deviennent des salariés en bonne et due forme des établissements de santé et services sociaux du Québec.

PROPOSITION N° 5

Réduire la rémunération des médecins québécois

S'il est nécessaire de rompre avec le statut de travailleur autonome et avec la rémunération à l'acte, il est aussi nécessaire de réduire le salaire des médecins à un niveau soutenable pour les finances publiques.

Le chapitre 3 a démontré à quel point la rémunération actuelle des médecins pèse lourdement sur les finances publiques. Leur revenu actuel équivaut à 7,6 fois le revenu moyen des Québécois·es.

Ce niveau très élevé était défendu en 2007 par la nécessité de rattraper le niveau des revenus des médecins de l'Ontario. Or, nous avons vu que si la tendance actuelle est maintenue, le budget alloué à la rémunération des médecins accaparera une part toujours plus importante de l'enveloppe globale en santé. Si l'objectif se résume réellement à un rattrapage de la rémunération des médecins ontariens, il est temps de revoir à la baisse cette rémunération, puisque le revenu des médecins québécois est désormais supérieur de 11,5 % à celui de leurs homologues ontariens lorsque comparé en fonction des coûts de la vie¹⁴⁹.

Cette opération permettrait à l'État d'économiser 947 M\$ dès la première année. Les économies engendrées par cette réduction salariale et pour les années suivantes permettraient de libérer des ressources pour d'autres champs d'intervention du réseau, notamment l'embauche de plus de personnel pour assurer les services sociaux et sanitaires de première ligne*.

D'autres modalités de réduction salariale sont envisageables. Il est possible de déterminer quel pourrait être le salaire d'un médecin en fonction du revenu médian des Québécois·es. Pour ramener le salaire des médecins à une commune mesure avec le revenu de l'ensemble de la population et leurs collègues non-médecins, on pourrait ajuster ce salaire pour qu'il corresponde à un ratio donné du revenu moyen de la population.

En France, le revenu moyen des individus tourne autour de 36 000 € par année, alors que celui des médecins correspond à 110 000 €¹⁵⁰. Le revenu moyen des médecins correspond ainsi à environ trois fois le revenu moyen des Français. Au Royaume-Uni, le revenu moyen des individus est de 26 260 £¹⁵¹. Les médecins spécialistes qui œuvrent au sein du National Health Service sont payés entre 37 500 £ et 70 018 £ par année et les médecins généralistes entre 56 000 £ et 85 000 £ par année¹⁵². Enfin, une autre catégorie de médecins, l'équivalent de médecins spécialistes seniors, est payée entre 76 001 £ et 102 465 £¹⁵³. En somme, au Royaume-Uni, les médecins qui travaillent

dans le secteur public peuvent gagner, au maximum, jusqu'à quatre fois le revenu moyen de leurs concitoyen·es.

En 2015, dans les pays de l'OCDE, la rémunération des médecins spécialistes était en moyenne 3,3 fois supérieure au salaire moyen des travailleurs et travailleuses¹⁵⁴. Pour les généralistes, ce ratio atteignait 2,5 fois le salaire moyen¹⁵⁵.

À la lumière de ces chiffres, l'hypothèse de réduire le salaire moyen des médecins québécois à 3 fois le revenu moyen de l'ensemble de la population, c'est-à-dire l'équivalent de la moyenne des pays de l'OCDE, ne semble donc pas être une voie d'action très radicale. Cela mènerait à une économie de l'ordre de 5 G\$ par année pour le Québec¹⁵⁶. Cela dit, puisque le système public de santé du Québec est grandement inspiré de celui du Royaume-Uni, réduire le salaire des médecins québécois à 4 fois le revenu moyen de la population active serait une proposition plus proche de nous sur le plan culturel et politique. L'option de réduire le salaire des médecins à 4 fois le revenu des travailleuses et travailleurs du Québec permettrait une économie annuelle de 4,3 G\$.

Une autre option, si l'on juge que les négociations de 2007 entre le médecin spécialiste Gaétan Barrette (devenu ministre de la Santé dans le cabinet de Philippe Couillard) et le médecin spécialiste Philippe Couillard (auparavant ministre de la Santé dans le cabinet de Jean Charest) n'ont pas été menées dans l'intérêt de l'ensemble de la population, serait d'annuler les hausses des dix dernières années et d'offrir plutôt aux médecins une indexation ou des augmentations au niveau des autres travailleuses et travailleurs de la santé.

Ces différentes propositions de réduction du revenu des médecins visent à rompre avec une approche où les médecins forment une caste privilégiée aux pouvoirs et aux avantages intouchables. Chose certaine, le niveau actuel de rémunération est intenable pour la pérennité des finances publiques québécoises.

PROPOSITION N°6

Restituer l'autonomie des CLSC, accroître leurs pouvoirs et leur assujettir les GMF

Au Québec, le développement des GMF, des organismes privés appartenant à des médecins, avait pour objectif d'améliorer l'accès aux soins de santé en créant des ressources locales (1^{ère} ligne) et de réduire l'utilisation des services d'urgence (2^e ligne). Ce développement se fait aux dépens des CLSC qui historiquement devaient jouer ce rôle mais qui n'ont jamais obtenu la

marge de manœuvre suffisante pour accomplir cette mission.

À l'inverse des CLSC, le développement des GMF aujourd'hui se fait avec un soutien massif du réseau de la santé et des services sociaux. De fait, suite à une décision du ministre, les CI(U)SSS redirigent des ressources des CLSC vers les GMF¹⁵⁷. Dans Ahuntsic-Cartierville à Montréal, par exemple, des travailleuses et des travailleurs déploreraient récemment l'abandon des services psychosociaux d'un CLSC au profit d'un GMF qui bénéficiera maintenant des services des travailleurs sociaux déplacés¹⁵⁸.

Même si le rôle du CLSC et du GMF au sein du réseau sociosanitaire québécois est similaire, il est bel et bien différent. Contrairement à l'organisation du travail plus horizontale et l'implication de la communauté que permettait le CLSC à son origine, en plus d'une préoccupation centrale pour les services sociaux et la prévention, la structure du GMF privilégie une approche curative extrêmement axée sur le médecin.

Nous proposons par conséquent de stopper le processus d'éviscération et de renouer avec la décentralisation prévue mais jamais accomplie au sein du système sociosanitaire québécois. Pour ce faire, il faut :

- Restituer l'autonomie des CLSC et en refaire des établissements de santé et services sociaux autonomes.
- Accroître les pouvoirs des CLSC, notamment en leur confiant des responsabilités de budgétisation des ressources financières sur leur territoire.
- Démocratiser les CLSC en confiant des sièges des conseils d'administration à des représentant·e·s de la communauté locale et en développant toutes initiatives permettant à la population de définir elle-même ses besoins en matière de santé.
- Assujettir les GMF aux CLSC.
- Soumettre les GMF à des conventions qui les lient au réseau public. Les CLSC doivent attribuer des ressources en fonction des priorités qu'ils établissent sur leur territoire.
- Mettre en place un conseil d'administration dans chacun des GMF où l'ensemble des travailleuses et des travailleurs seront représenté·e·s comme des pairs afin de donner un sens réel à leur collaboration interdisciplinaire.
- Valoriser, tant au niveau des CLSC que des GMF, une approche holistique de la santé qui traite des considérations sociocommunitaires et économiques plutôt que de restreindre la maladie à des considérations individuelles et techniques.

PROPOSITION N° 7

Accroître la transparence du réseau de la santé et des services sociaux

Les enjeux de transparence sont essentiels pour la démocratisation du système sociosanitaire. Mais là où certains voient la nécessité de produire une pléthore de nouveaux indicateurs, comme le rendrait nécessaire l'implantation du financement à l'activité, il semble plutôt urgent d'améliorer l'accès aux informations déjà existantes.

La loi d'accès à l'information au Québec est poussièreuse. Les citoyen·ne·s, les chercheur·e·s et les journalistes qui veulent comprendre comment fonctionnent leurs outils collectifs sont actuellement entravés par la lenteur, par le retard technologique ou encore par le secret bureaucratique ou commercial entourant cette loi.

Les statistiques devraient être plus accessibles au public avant que l'on engage davantage de personnel pour la production de nouveaux indicateurs de performance. En améliorant l'accès à l'information, le réseau de la santé et des services sociaux suivrait les exemples d'autres administrations publiques, telles que la Ville de Montréal¹⁵⁹.

Par ailleurs, le ministre de la Santé et des Services sociaux devrait s'engager à favoriser la production d'analyses indépendantes plutôt qu'abolir des postes autonomes, comme celui du Commissaire à la santé et au bien-être. Le ministre pourrait ainsi s'inspirer du gouvernement fédéral qui s'engageait, lors de l'énoncé économique de novembre dernier, à mieux protéger l'indépendance de Statistique Canada et du Directeur parlementaire du budget.

Si l'objectif des réformes est réellement d'améliorer le système, nous nous devons non seulement d'avoir un accès facilité aux données et expertises qui existent déjà, mais également de voir à ce que des observateurs rigoureux puissent continuer à offrir leurs analyses.

Lexique

ANTISÉLECTION

Phénomène de sélection par les prix décrit comme étant adverse ou contraire aux objectifs du cadre réglementaire d'un contrat parce que le résultat obtenu (coûts contractuels plus élevés) n'est pas celui souhaité par le principal contractant (dans ce cas-ci l'État) qui couvre les coûts de plusieurs agents hétérogènes (dans ce cas-ci les administrateurs d'hôpitaux). Il y a antisélection lorsque les agents se servent d'informations que le principal n'a pas pour minimiser leur risque financier en procédant à une sursélection des options (dans ce cas-ci des traitements ou des patients) ayant une incidence positive sur leurs marges de profit mais négative sur le contrôle des coûts du marché.

APPROCHE POPULATIONNELLE

Actions sur les facteurs qui influencent la santé, au profit de toute la population ou de groupes de personnes en particulier, à partir d'un diagnostic populationnel portant sur l'ensemble de la population ou sur des groupes ayant certains traits communs plutôt que sur les personnes prises isolément ou uniquement les utilisateurs des services¹⁶⁰.

DÉCONCENTRATION

La déconcentration, ou décentralisation administrative, se caractérise par des instances périphériques dont le statut est très dépendant par rapport à celui de leurs instances centrales, l'instance déconcentrée faisant partie d'une administration dirigée par le centre. La désignation des dirigeants est une attribution qui demeure centralisée, et l'exercice de l'autorité par les instances périphériques se limite à l'application des lois et règlements ainsi qu'à l'élaboration et à l'application de résolutions qui peuvent en découler¹⁶¹.

MÉDECINE LIBÉRALE

Médecine pratiquée dans un rapport privé entre un patient et son médecin et qui traditionnellement

n'impliquait aucun intermédiaire administratif. Le médecin y jouit d'une autorité juridiquement encadrée et appuyée par le Collège des médecins. Le patient, qui porte individuellement la charge de se procurer la commodité que représentent les soins médicaux, consulte le médecin de son choix. L'espace physique de la médecine libérale est généralement le domicile du patient ou le cabinet du médecin. Il s'agit d'un libre marché, mais seulement à l'intérieur d'un monopole professionnel strict¹⁶².

NOUVELLE GESTION PUBLIQUE

Concept tirant son origine des laboratoires d'idées néolibérales des années 1970 et qui fait partie d'un ensemble de recommandations jugeant l'État-providence illégitime et producteur d'effets anti-économiques. L'expression s'impose au début des années 1990 et désigne les réformes visant à introduire des marchés ou des quasi-marchés au sein des institutions de l'État-providence par la privatisation des services publics, la limitation des dépenses ou l'adoption de pratiques managérielles inspirées du milieu de l'entreprise privée¹⁶³.

PREMIÈRE LIGNE

Les services de première ligne représentent le point de contact de la population avec le réseau de la santé. Ils comprennent un ensemble de services courants de santé qui s'appuient sur une infrastructure légère et peuvent être dispensés en cabinet privé, en CLSC, en centre de santé ou à domicile¹⁶⁴.

PROGRAMME-SERVICES

Ensemble de services et d'activités organisé dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux ou, encore, aux besoins d'un groupe de personnes qui partagent une problématique commune¹⁶⁵.

PROGRAMME-SOUTIEN

Ensemble d'activités de nature administrative et technique en appui aux programmes-services¹⁶⁶.

SOCIOSANITAIRE

Ce qui touche à la fois un aspect social et un aspect sanitaire.

FINANCEMENT À L'ACTIVITÉ

Modèle de financement utilisant un système de groupes clients pour décrire les activités d'un hôpital et en définir les produits ou les extrants. Le montant du paiement attribué à chaque groupe client est déterminé avant le début de la période de financement et les paiements aux hôpitaux sont effectués sur la base des cas traités. Les épisodes de soins des patients ne sont plus considérés sous la perspective des dépenses engagées par l'hôpital, mais plutôt sous le point de vue selon lequel ils constituent une source de revenus pour l'hôpital. Ce modèle fonctionne selon le principe que les paiements sont déterminés en fonction des différents groupes clients plutôt que des services précis qui sont dispensés. Le remboursement versé aux hôpitaux est donc basé sur les coûts approximatifs associés au traitement d'un cas précis¹⁶⁷.

RÉMUNÉRATION À L'ACTE

Mode de rétribution des médecins consistant dans le paiement d'un montant fixe prédéterminé pour chacun des actes posés par l'exécutant¹⁶⁸.

SIGNAL-PRIX

Le signal-prix est un message adressé aux consommateurs et aux producteurs sous la forme d'un prix de vente de produits de base, indiquant aux producteurs d'accroître l'approvisionnement et/ou aux consommateurs de réduire la demande. Ce modèle idéal, basé sur la fiction d'un marché pur et parfait où les prix se fixeraient d'eux-mêmes, ne

tient pas compte de facteurs comme l'asymétrie de l'information, l'existence d'une demande insolvable (personnes ayant un besoin mais pas l'argent pour y répondre) et les externalités sociales liées aux échanges ou à la production.

SURCODAGE

Pratique se caractérisant par des choix subjectifs dans la codification des épisodes de soins faisant en sorte que les codes qui décrivent le mieux le cheminement clinique sont délaissés au profit de codes susceptibles d'avoir une incidence positive sur les paiements accordés à l'hôpital pour les cas qu'il traite. Certains hôpitaux utilisent un logiciel pour connaître les codes les plus avantageux. Cette pratique peut devenir carrément frauduleuse lorsqu'il y a codage de soins cliniques qui n'ont pas été dispensés¹⁶⁹.

SURSÉLECTION

Tendance d'un agent contractuel à systématiquement opter pour ce qui est favorable à sa marge de profit au détriment des autres possibilités, requêtes, besoins ou du cadre réglementaire existant.

Notes

- 1 COMITÉ SUR LA RÉÉVALUATION DU MODE DE BUDGÉTISATION DES CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS, *La budgétisation et la performance financière des centres hospitaliers (rapport Bédard)*, Québec, Santé et services sociaux, Direction des communications, 2002, p. 5.
- 2 MINISTÈRE DES FINANCES DU QUÉBEC, *Comptes publics 2015-2016 - volume 2*, 2016, p. 281, en ligne : www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol2-2015-2016.pdf.
- 3 QUÉBEC (PROVINCE) et MINISTÈRE DES FINANCES, *Le plan économique du Québec*, 2016, p. A.10.
- 4 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS), *Tendance des dépenses nationales de santé, 1975-2015*, Tableaux de données, Série B. Calculs des auteurs.
- 5 MSSS - Sujets - Organisation des services - Système de santé et de services sociaux en bref - Gouvernance et organisation des services - Programmes-services et programmes-soutien, page consultée le 15 décembre 2016, en ligne : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/en-bref/gouvernance-et-organisation/programmes-services-et-soutien.
- 6 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Comptes de la santé 2013-2014, 2014-2015, 2015-2016, 2016*, p. 26, en ligne : publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-614-01W.pdf.
- 7 ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE), *Panorama de la santé*, Paris, p. 177, en ligne : www.oecd-ilibrary.org/content/serial/19991320.
- 8 *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Rapport Rochon)*, Québec, Gouvernement du Québec, 1988.
- 9 MERCIER, Clément, « L'austérité et les services sociaux », Sherbrooke, 2015, p.12. Présentation powerpoint, Conférence organisée par Espace critique sur l'actualisation du Travail Social, Sherbrooke, 16 avril 2015.
- 10 MERRIEN, François-Xavier, « La Nouvelle Gestion publique : un concept mythique », *Lien social et Politiques*, n° 41, 1999, p. 95.
- 11 BOURQUE, Denis, UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS et CHAIRE DE RECHERCHE DU CANADA EN ORGANISATION COMMUNAUTAIRE, *Transformation du réseau public de services sociaux et impacts sur les pratiques des intervenants sociaux au Québec : Communication dans le cadre du colloque européen (CEFUTS) - Le travail social à l'épreuve du management et des impératifs gestionnaires*, Université Toulouse 2, 2 et 3 juillet 2009, Gatineau, Université du Québec en Outaouais, Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire, 2011, cité par Mercier, 2015.
- 12 TREMBLAY, Jacynthe, « Une administration malade », *La Presse*, mai 2007, en ligne : affaires.lapresse.ca/economie/200901/06/01-676715-une-administration-malade.php 12 mai 2007.
- 13 BERGERON, Patrice, « Barrette convaincu d'avoir fait adopter le meilleur projet de loi possible », *La Presse*, février 2015, en ligne : www.lapresse.ca/actualites/sante/201502/06/01-4841881-barrette-convaincu-davoir-fait-adopter-le-meilleur-projet-de-loi-possible.php, 7 février 2015.
- 14 CONTANDRIOPOULOS, Damien *et al.*, *Analyse logique des effets prévisibles du projet de loi n° 10 et des avenues d'intervention souhaitables*, 2014.
- 15 RETTINO-PARAZELLI, Karl, « Barrette ne voit pas l'intérêt de faire évaluer sa réforme », *Le Devoir*, 2016, en ligne : www.ledevoir.com/societe/sante/469087/barrette-ne-voit-pas-l-interet-de-faire-evaluer-sa-reforme, 25 avril 2016.
- 16 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Présentation de la démarche OPTILAB*, page consultée le 15 décembre 2016, en ligne : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/optilab/, consulté le 1^{er} décembre 2016; LACOURSIÈRE, Ariane, « Laboratoires : les médecins de Sainte-Justine sonnent l'alarme », *La Presse*, 24 septembre 2016, en ligne : www.lapresse.ca/actualites/sante/201609/23/01-5023943-laboratoires-les-medecins-de-sainte-justine-sonnent-lalarme.php, 24 septembre 2016.
- 17 CHICOINE, Jean-François, « Le démantèlement », *La Presse*, 12 octobre 2016, en ligne : plus.lapresse.ca/screens/110a73e0-d9a7-43cc-bb74-c51f91bdb0cd%7C_0.html, 12 octobre 2016.
- 18 CONTANDRIOPOULOS, Damien, « La stupidité fonctionnelle dans le réseau de la santé du Québec », 18 mai 2016, *L'actualité*, page consultée le 2 décembre 2016, en ligne : www.lactualite.com/politique/la-stupidite-fonctionnelle-dans-le-reseau-de-la-sante-du-quebec/; ALVESSON, Mats et André SPICER, « A Stupidity-Based Theory of Organizations », *Journal of Management Studies*, vol. 49, n° 7 (novembre 2012), p. 1194-1220.
- 19 *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Rapport Rochon)*, *op. cit.*, p. 209-217.
- 20 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Devenir un GMF : Guide d'accompagnement*, Gouvernement du Québec, 2006, p. 15.
- 21 *Ibid.*, p. 21.
- 22 D'AMOUR, Danielle, « La collaboration professionnelle : un choix obligé », dans *Les Soins infirmiers : vers de nouvelles*

- perspectives*, p. 339-363; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, « Devenir un GMF : Guide d'accompagnement », *loc. cit.*, p. 27.
- 23 *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Rapport Rochon)*, *op. cit.*, p. 210.
- 24 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, « Devenir un GMF : Guide d'accompagnement », *loc. cit.*, p. 27.
- 25 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Le ministre Gaétan Barrette annonce un projet-pilote pour la mise en place du modèle de financement axé sur le patient – Communiqué*, page consultée le 18 décembre 2016, en ligne : www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=1083; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Le Groupe d'experts sur le financement à l'activité dans le réseau de la santé et des services sociaux entame ses travaux – Communiqué*, page consultée le 18 décembre 2016, en ligne : www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=340.
- 26 LA PRESSE CANADIENNE, « Le privé sollicité pour un projet pilote sur le financement des hôpitaux », dans *Radio-Canada.ca*, page consultée le 18 décembre 2016, en ligne : ici.radio-canada.ca/nouvelle/766883/projet-pilote-cliniques-privées-financement-hopitaux-sante-barrette.
- 27 LALONDE, Marc, *Nouvelle perspective de la santé des canadiens : un document de travail*, Ottawa, Gouvernement du Canada, 1974, p. 6.
- 28 LALONDE, Marc, *A new perspective on the health of Canadians*, *op. cit.*
- 29 HANCOCK, Trevor, « Beyond Healthcare : From public health policy to Healthy public policy », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 76, n° 1, mai-juin 1985, p. 10.
- 30 *Ibid.*
- 31 SANTÉ CANADA, *La promotion de la santé au Canada*, Gouvernement du Canada, 1997, p. 17, en ligne : publications.gc.ca/collections/Collection/H88-3-30-2001/pdfs/other/hpc_f.pdf.
- 32 RENAUD, Marc, « Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un État narcissique », dans KEATING, Peter et Othmar KEEL, dir., *Santé et société au Québec : XIX^e-XX^e siècles*, Montréal, Boréal, 1995, en ligne : classiques.uqac.ca/contemporains/renaud_marc/reformes_qc_sante/renaud_reformes_qc_sante.pdf.
- 33 *Ibid.*, p. 24.
- 34 CODMAN, Ernest Amory, *A study in hospital efficiency : as demonstrated by the case report of first five years of private hospital*, Boston, Todd Co., 1918, 179 p.
- 35 ALTMAN, Lawrence K., « The doctor's world; a reformer's battle », *The New York Times*, 12 juin 1984, en ligne : www.nytimes.com/1984/06/12/science/the-doctor-s-world-a-reformer-s-battle.html.
- 36 BUSSE, Reinhard *et al.*, *Diagnosis-related groups in Europe : moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, Maidenhead, Open Univ. Press, 2011, p. 3.
- 37 QUINN, Kevin, « After the Revolution : DRGs at Age 30 », *Annals of Internal Medicine*, vol. 160, n° 6, 2014, p. 426-429.
- 38 CONNECTICUT DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES et HP ENTERPRISE SERVICES, « Hospital Modernization Implementation/APR DRG Workshop », p. 4, en ligne : www.ctdssmap.com/CTPortal/Portals/0/StaticContent/Publications/Inpatient%20Hospital%20Changes%20APRDRG%20Workshop.pdf.
- 39 QUINN, Kevin, « After the Revolution : DRGs at Age 30 », *loc. cit.*, p. 428.
- 40 *Ibid.*
- 41 MISTICHELLI, Judith, *Diagnosis Related Groups (DRGs) and the Prospective Payment System : Forecasting Social Implications*, The Joseph and Rose Kennedy Institute of Ethics, 1984, en ligne : repository.library.georgetown.edu/bitstream/handle/10822/556896/sn4.pdf, p. 3.
- 42 BUSSE, Reinhard *et al.*, *Diagnosis-related groups in Europe*, *op. cit.*, p. 5.
- 43 LÉVESQUE, Gaétan, *Mode d'allocation des ressources financières 2006-2007 aux hôpitaux du Québec pour les patients hospitalisés et en chirurgie d'un jour par le ministère de la Santé et des Services sociaux*, Ordre des infirmières et des infirmiers auxiliaires du Québec, 2007, p. 3, en ligne : www.oiaq.org/documents/file/mode-allocation-ressources-hopitaux.pdf.
- 44 SUTHERLAND, Jason M., *Mécanismes de financement des hôpitaux : aperçu et options pour le Canada*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2011, p. 10.
- 45 BUSSE, Reinhard *et al.*, *Diagnosis-related groups in Europe*, *op. cit.*, p. 83.
- 46 SUTHERLAND, Jason M., *Mécanismes de financement des hôpitaux*, *op. cit.*, p. 14.
- 47 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Le financement par activité au Canada : guide à l'intention des bailleurs de fonds du système de santé et des gestionnaires des hôpitaux*, 2013, en ligne : secure.cihi.ca/free_products/ActivityBasedFundingManualFR-web_Nov2013.pdf, p.27. ; LAFFONT, Jean-Jacques et Jean TIROLE, *A theory of incentives in procurement and regulation*, Cambridge, MIT Press, 1993, 705 p.
- 48 BLACK, Lee, « Defining Hospitals' Obligation To Stabilize Patients under EMTALA », *Virtual Mentor*, vol. 8, n° 11, 1^{er} novembre 2006, p. 752-755.
- 49 *Ibid.*

- 50 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Le financement par activité au Canada : guide à l'intention des bailleurs de fonds du système de santé et des gestionnaires des hôpitaux*, loc. cit.
- 51 SILVERMAN, Elaine et Jonathan SKINNER, « Medicare upcoding and hospital ownership », *Journal of Health Economics*, vol. 23, n° 2, mars 2004, p. 369-389.
- 52 STEINBUSCH, Paul J. M. *et al.*, « The risk of upcoding in casemix systems : A comparative study », *Health Policy*, vol. 81, n° 2, 1^{er} mai 2007, p. 289-299.
- 53 GERUSO, Michael et Timothy LAYTON, *Upcoding : Evidence from Medicare on Squisby Risk Adjustment*, Cambridge, National Bureau of Economic Research, 2015, p. 32, en ligne : www.nber.org/papers/w21222.pdf; SCHMITT, Kellie, « Fraudulently or not, overlooked practice of 'upcoding' costs Medicare billions », *Center for Health Journalism*, page consultée le 19 décembre 2016, en ligne : www.centerforhealthjournalism.org/2016/05/11/fraudulently-or-not-overlooked-practice-upcoding-costs-medicare-billions.
- 54 Propos d'Isabelle Hirtzlin (maître de conférence à l'Université de Paris 1 – Panthéon-Sorbonne) recueillis lors d'un entretien téléphonique.
- 55 HIRTZLIN, Isabelle, *Établissements de santé et T2A*, Université Paris 1 - Panthéon-Sorbonne, 2015, p. 12, en ligne : docplayer.fr/9437423-Economie-de-la-sante.html.
- 56 SCHMITT, Kellie, « Fraudulently or not, overlooked practice of 'upcoding' costs Medicare billions », loc. cit.
- 57 LÉVESQUE, Gaétan, *Mode d'allocation des ressources financières 2006-2007 aux hôpitaux du Québec pour les patients hospitalisés et en chirurgie d'un jour par le ministère de la Santé et des Services sociaux*, op. cit., p. 4. ; COMITÉ SUR LA RÉÉVALUATION DU MODE DE BUDGÉTISATION DES CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS, *La budgétisation et la performance financière des centres hospitaliers*, op. cit., p. 71.
- 58 LÉVESQUE, Gaétan, *Mode d'allocation des ressources financières 2006-2007 aux hôpitaux du Québec pour les patients hospitalisés et en chirurgie d'un jour par le ministère de la Santé et des Services sociaux*, op. cit., p. 5.
- 59 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, « Le financement par activité au Canada : guide à l'intention des bailleurs de fonds du système de santé et des gestionnaires des hôpitaux », loc. cit., p. 10.
- 60 *Ibid.*, p.23.
- 61 SUTHERLAND, Jason M., *Mécanismes de financement des hôpitaux*, op. cit., p. 23.
- 62 Propos recueillis auprès de D^e Danielle Martin, vice-présidente du Women's College Hospital.
- 63 COMITÉ SUR LA RÉÉVALUATION DU MODE DE BUDGÉTISATION DES CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS, *La budgétisation et la performance financière des centres hospitaliers*, op. cit., p. 32.
- 64 COMITÉ SUR LA RÉÉVALUATION DU MODE DE BUDGÉTISATION DES CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS, *La budgétisation et la performance financière des centres hospitaliers*, op. cit.
- 65 LACOURSIÈRE, Ariane, « Financement à l'activité : Québec tente l'expérience en radio-oncologie », *La Presse*, juin 2015, en ligne : www.lapresse.ca/actualites/sante/201506/04/01-4875448-financement-a-lactivite-quebec-tente-l'experience-en-radio-oncologie.php; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *L'étude des crédits 2011-2012. Régie de l'assurance maladie du Québec : Réponses aux questions générales et particulières*, Québec, Commission de la santé et des services sociaux.
- 66 LACOURSIÈRE, Ariane, « Financement à l'activité », loc. cit.
- 67 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, « Le Groupe d'experts sur le financement à l'activité dans le réseau de la santé et des services sociaux entame ses travaux - Communiqué », loc. cit.
- 68 GROUPE D'EXPERTS POUR UN FINANCEMENT AXÉ SUR LES PATIENTS, *Pour que l'argent suive le patient : l'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé (rapport Thomson)*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, p. 183.
- 69 *Ibid.*, p. 2.
- 70 *Ibid.*, p. 68.
- 71 *Ibid.*, p. 1.
- 72 BUSSE, Reinhard *et al.*, *Diagnosis-related groups in Europe*, op. cit., p. 123.
- 73 GROUPE D'EXPERTS POUR UN FINANCEMENT AXÉ SUR LES PATIENTS, *Pour que l'argent suive le patient*, op. cit., p. 107 et 116.
- 74 *Ibid.*, p. 71.
- 75 *Ibid.*, p. 185.
- 76 *Ibid.*, p. 67.
- 77 *Ibid.*, p. 140. ; GROUPE D'EXPERTS POUR UN FINANCEMENT AXÉ SUR LES PATIENTS, *L'information clinique et financière : mieux connaître les coûts et les services rendus (document technique no. 3)*, 2014, p. 17.
- 78 GROUPE D'EXPERTS POUR UN FINANCEMENT AXÉ SUR LES PATIENTS, *Pour que l'argent suive le patient*, op. cit., p. 79.
- 79 *Ibid.*, p. 84.

- 80 GROUPE D'EXPERTS POUR UN FINANCEMENT AXÉ SUR LES PATIENTS, *Pour que l'argent suive le patient, op. cit.*, p. 73.
- 81 *Ibid.*, p. 70.
- 82 *Ibid.*, p. 102.
- 83 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, «Le ministre Gaétan Barrette annonce un projet-pilote pour la mise en place du modèle de financement axé sur le patient - Communiqué», *loc. cit.*
- 84 FLEURY, Élisabeth, «Chirurgies au privé : Barrette accusé de privilégier une clinique de son comté», *La Presse*, 6 octobre 2016, en ligne : www.lapresse.ca/le-soleil/actualites/sante/201610/06/01-5028047-chirurgies-au-privé-barrette-accuse-de-privilegier-une-clinique-de-son-comte.php.
- 85 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, «Le ministre Gaétan Barrette annonce un projet-pilote pour la mise en place du modèle de financement axé sur le patient - Communiqué», *loc. cit.*
- 86 «Barrette n'écarte pas un autre rattrapage salarial des médecins», *Radio-Canada*, 1^{er} novembre 2016, ici.radio-canada.ca/nouvelle/812235/negociation-medecin-rattrapage-salarial-ministre-sante-quebec-province.
- 87 «Budget 2016-2017, Ministère des Finances - Page d'accueil», *Ministère des finances du Québec*, www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2016-2017/ (consulté le 30 octobre 2016)
- 88 HÉBERT, Guillaume, *La rémunération des médecins québécois*, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques, 2016.
- 89 L'entente initiale sur le principe était plutôt «Legault-Dugré» en mars 2003 sous le gouvernement du PQ.
- 90 FORTIN, Pierre, «Pourquoi les médecins sourient-ils?», *L'actualité*, 28 avril 2016, page consultée le 13 décembre 2016, en ligne : www.lactualite.com/lactualite-affaires/pourquoi-les-medecins-sourient-ils/.
- 91 CANSIM 326 0015. Dans le cas du Québec, nous utilisons la valeur pour Montréal. Dans le cas de l'Ontario, nous pondérons les prix de Toronto et d'Ottawa-Gatineau avec les poids 2/3 et 1/3, comme le fait Pierre Fortin.
- 92 «Guide des résidents 2015», *Association médicale du Québec*, www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/practice-management-and-wellness/Guidedesr%C3%A9sidents2015-f.pdf (consulté le 10 novembre 2016).
- 93 «Le statut du travailleur autonome», *Éducaloi*, www.educaloi.qc.ca/capsules/le-statut-du-travailleur-autonome, www.educaloi.qc.ca/capsules/le-statut-du-travailleur-autonome (consulté le 10 novembre 2016).
- 94 «Liste des professionnels de la santé non participants ou désengagés au régime de l'assurance maladie du Québec avec adresse de pratique au Québec», *RAMQ*, www.ramq.gouv.qc.ca/ SiteCollectionDocuments/professionnels/facturation/desengages.pdf (consulté le 10 novembre 2016).
- 95 LACOURSIÈRE, Ariane, «Gel d'embauches : de jeunes urgentologues quittent le Québec», *La Presse*, 25 novembre 2016, page consultée le 13 décembre 2016, en ligne : www.lapresse.ca/actualites/sante/201611/25/01-5045069-gel-dembauches-de-jeunes-urgentologues-quittent-le-quebec.php.
- 96 PROVOST, Anne-Marie «Nombre record de médecins au Canada en 2015», *Radio-Canada*, août 2016, ici.radio-canada.ca/nouvelle/799001/medecins-canada-record.
- 97 «Les indicateurs de l'occupation et de la vitalité des territoires», *Institut de la statistique du Québec*, www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/vitrine/occupation-vitalite-territoire/documents/services_proximite_03.pdf (consulté le 5 novembre 2016).
- 98 «Ressources pour la santé - Médecins - OCDE Data», *OCDE*, data.oecd.org/fr/healthres/medecins.htm (consulté le 25 octobre 2016).
- 99 «La performance du système de santé et services sociaux québécois 2015- Résultats et analyses», *Commissaire à la santé et au bien-être*, www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2015/PerformanceGlobale/CSBE_Rapport_Global_2015_Accessible.pdf (consulté le 27 octobre 2016).
- 100 DAOUST-BOISVERT Amélie, «De médecin à «médecin inc.»», *Le Devoir*, 13 octobre 2011, www.ledevoir.com/societe/sante/333503/de-medecin-a-medecin-inc
- 101 Comme dans le cas de la fragmentation du revenu votée par le gouvernement conservateur de Stephen Harper en 2014. MACDONALD, David, «Income Splitting in Canada», *Canadian Centre for Policy Alternatives*, page consultée le 13 décembre 2016, en ligne : www.policyalternatives.ca/publications/reports/income-splitting-canada.
- 102 C'est le chiffre le plus récent disponible sur la base de données de l'ISQ. ISQ, *Le Québec chiffres en mains - Édition 2016*, Institut de la statistique du Québec, Québec, 2016. www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01600FR_qcem2016H00F00.pdf.
- 103 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Base des données nationale sur les médecins, 2014-2015 Publication des données*, 23 août 2016, page consultée le 13 décembre 2016, en ligne : secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC3268&lang=fr (consulté le 15 octobre 2016).
- 104 *Ibid.*
- 105 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, «Indicateurs par quintile, revenu total, ménages, Québec, 2012-2013», dans *Institut de la statistique du Québec*, page consultée le 13 décembre 2016, en ligne : www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/revenu/inegalite-revenu/mod5_hh_2_2_0_1_.htm (consulté le 18 octobre 2016).

- 106 ICIS, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2014*, 1^{er} octobre 2014, www.cihi.ca/fr/nhex_2014_report_fr.pdf.
- 107 « Soutien aux personnes et aux groupes vulnérables | Description | Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux », *Santé et services sociaux Québec*, www.msss.gouv.qc.ca/reseau/prix_excellence/index.php?desc-prix-soutien-aux-personnes-et-aux-groupes-vulnerables (consulté le 15 octobre 2016).
- 108 *Ibid.*
- 109 PARIS, Valérie et Marion DEVAUX, « Les modes de rémunération des médecins des pays de l'OCDE », *Les Tribunes de la santé*, n° 40, 29 octobre 2013, p. 45-52.
- 110 *Ibid.*
- 111 *Ibid.*
- 112 *Ibid.*
- 113 SCOTT, Anthony et Jane HALL, « Evaluating the effects of GP remuneration : problems and prospects », *Health Policy*, vol. 31, n° 3, 1995, p. 183-195. ; GRIGNON, Michel, Valérie PARIS et Dominique POLTON, *L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficacité du système de soins*, 2002, en ligne : sbisrvntweb.uqac.ca/archivage/030079342.pdf; GREB, Stefan, Diana DELNOJI et Peter GROENEWEGEN, « Managing primary care behaviour through payment systems and financial incentives » *Primary Care in the Driver's Seat : Organizational Reform in European Primary Care*, 1^{ère} édition, Maidenhead, England; New York, Open University Press, 2006.
- 114 DELATTRE, Eric et Brigitte DORMONT, « Fixed fees and physician-induced demand : A panel data study on French physicians », *Health Economics*, vol. 12, n° 9, 1^{er} septembre 2003, p. 741-754.
- 115 EVANS, Robert G., « Supplier-Induced Demand : Some Empirical Evidence and Implications », dans PERLMAN, Mark, dir., *The economics of health and medical care ; proceedings of a conference held by the International Economic Association at Tokyo*, New York, Wiley, 1974, p. 162-173.
- 116 *Ibid.*
- 117 GRUBER, Jonathan et Maria OWINGS, « Physician Financial Incentives and Cesarean Section Delivery », *The RAND Journal of Economics*, vol. 27, n° 1 1996, p. 99-123.
- 118 Winnie C. YIP, « Physicians Response to Medicare Fee Reductions : Changes in the Volume and Intensity of Supply of Coronary Artery Bypass Graft (CABG) Procedures for the Medicare and Private Sectors », *Journal of Health Economics*, 17-6, 1998, p. 675-699.
- 119 Dans le cas du Québec il s'agit de la RAMQ.
- 120 *Rapport annuel de gestion 2015-2016*, RAMQ, www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/citoyens/fr/rapports/rappann1516.pdf (consulté le 20 octobre 2016).
- 121 ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC, *Mémoire de l'Association médicale du Québec - Projet de loi numéro 92 - Loi visant à accroître les pouvoirs de la Régie de l'assurance maladie du Québec et modifiant diverses dispositions législatives*, 2016. www.amq.ca/images/PDF_autres/M%C3%A9moire_PL92_FINAL.pdf (consulté le 14 octobre 2016).
- 122 « Guide des agences de facturation 2015 », *Santé Inc.*, en ligne : santeinc.com/wp-content/uploads/2015/02/gaf-santeinc-1.pdf (consulté le 22 octobre 2016).
- 123 « Solutions », *Medijuris*, page consultée le 14 décembre 2016, en ligne : www.medijuris.ca/solutions (consulté le 22 octobre 2016).
- 124 VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016 Vérification de l'optimisation des ressources - Chapitre 3 Rémunération des médecins : administration et contrôle Régie de l'assurance maladie du Québec*, Gouvernement du Québec, 2015. www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2015-2016-VOR-Automne/fr_Rapport2015-2016-VOR.pdf
- 125 Guillaume HÉBERT et Jennie-Laure SULLY, « Les ordres professionnels peuvent-ils garantir la protection du public? », Note socioéconomique, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques, 14 décembre 2015, iris-recherche.qc.ca/publications/ordres_professionnels.
- 126 GERDTHAM, U. G. *et al.*, « The Determinants of Health Expenditure in the OECD Countries : A Pooled data Analysis », *Developments in health economics and public policy*, vol. 6, 1^{er} février 1998, p. 113-134.
- 127 CHAWLA, Mukesh *et al.*, *Paying the Physician : Review of Different Methods*, Boston, Department of Population and International Health Harvard School of Public Health, 1997, en ligne : www.hsph.harvard.edu/ihs/publications/pdf/No-70.PDF.
- 128 ALBOUY, Valérie, et Muriel DÉPREZ, « Mode de rémunération des médecins », *Economie & prévision*, n° 188, 1^{er} novembre 2009, p. 131-139.
- 129 *Ibid.*
- 130 IVERSEN, Tor et Hilde LURÅS, « The effect of capitation on GPs' referral decisions », *Health Economics*, vol. 9, n° 3, 1^{er} avril 2000, p. 199-210.
- 131 PROPPER, Carol, Simon BURGESS et Katherine GREEN, « Does competition between hospitals improve the quality of care? : Hospital death rates and the NHS internal market », *Journal of Public Economics*, vol. 88, n° 7-8, juillet 2004, p. 1247-1272.
- 132 GOSDEN, T., L. PEDERSEN et D. TORGERSON, « How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour », *QJM : monthly journal of the Association of Physicians*, vol. 92, n° 1 janvier 1999, p. 47-55. BIDS Embase, Econlit and BIDS ISI and the reference lists of located papers to identify relevant empirical studies comparing salaried doctors with those

- paid by alternative methods. Only studies which reported objective outcomes and measures of the behaviour of doctors paid by salary compared to an alternative method were included in the review. Twenty-three papers were identified as meeting the selection criteria. Only one of the studies in this review reported a proxy for health status, but none examined whether salaried doctors differentiated between patients on the basis of health needs. Therefore, we were unable to draw conclusions on the likely impact of salaried payment on efficiency and equity. However, the limited evidence in our review does suggest that payment by salaries is associated with the lowest use of tests, and referrals compared with FFS and capitation. Salary payment is also associated with lower numbers of procedures per patient, lower throughput of patients per doctor, longer consultations, more preventive care and different patterns of consultation compared with FFS payment.»
- 133** CHAWLA, Mukesh *et al*, *Paying the Physician : Review of Different Methods*, *op. cit.*
- 134** PARIS, Valérie et Marion DEVAUX, « Les modes de rémunération des médecins des pays de l'OCDE », *loc. cit.*
- 135** BRAS, Pierre-Louis, « La rémunération des médecins libéraux », dans *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Paris, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), 2011, p. 255-263, en ligne : www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=SCPO_BRAS_2009_01_255.
- 136** CAMPBELL, Stephen, et al., « Quality of Primary Care in England with the Introduction of Pay for Performance », *New England Journal of Medicine*, vol. 357. n° 2 (12 juillet 2007), p. 181-190.
- 137** MÉDECINS QUÉBÉCOIS POUR LE RÉGIME PUBLIC, *À quel prix ? Réflexion sur les modes de rémunération des médecins et leurs impacts sur le système public de santé*, Outremont, 2015.
- 138** PANITCH, Leo et Colin LEYS, dir., *Morbid symptoms : health under capitalism*, London, Merlin Press [u.a.], 2009, 325 p. ; NAVARRO, Vicente, *Medicine under capitalism*, New York, Prodist, 1976, 230 p.
- 139** CONTANDRIOPOULOS, Damien, « L'échec de la réforme Barrette », *L'actualité*, 11 mars 2016, page consultée le 20 décembre 2016, en ligne : www.lactualite.com/politique/lechech-de-la-reforme-barrette/.
- 140** HÉBERT, Guillaume, *La gouvernance en santé au Québec*, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS), 2014, en ligne : iris-recherche.s3.amazonaws.com/uploads/publication/file/Note-Gouvernance-sante-WEB.pdf ; MARTIN, Eric, Maxime OUELLET et INSTITUT DE RECHERCHE ET D'INFORMATIONS SOCIOÉCONOMIQUES, *Les mécanismes d'assurance qualité dans l'enseignement supérieur*, Montréal, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques, 2013. ; DEPELTEAU, Julie *et al.*, *Les organismes communautaires au Québec : financement et évolution des pratiques*, Montréal, Que., IRIS, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques, 2013.
- 141** CONSEIL DU TRÉSOR, *Guide sur la gestion axée sur les résultats*, 2014, p. 3. ; HÉBERT, Guillaume et Philippe HURTEAU, « Les indicateurs en santé », 8 mars 2016.
- 142** MERCIER, Clément, « L'austérité et les services sociaux », *loc. cit.* ; BOLDUC, François, « Impacts de la réforme du réseau québécois de la santé et des services sociaux (2003) sur la représentation qu'ont les gestionnaires de leur travail », 3 mars 2014.
- 143** LANCE, Jean-Marie, INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (QUÉBEC) et BIBLIOTHÈQUE NUMÉRIQUE CANADIENNE (FIRME), *Le financement axé sur les patients : revue de littérature sur les expériences étrangères*, 2014.
- 144** MINISTRY OF HEALTH AND LONG-TERM CARE (ONTARIO), *Understanding Family Health Teams*, page consultée le 21 décembre 2016, en ligne : www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/fht/fht_understanding.aspx.
- 145** THE CANADIAN MEDICAL PROTECTIVE ASSOCIATION, *Physicians and nurse practitioners : Working collaboratively as independent health professionals*, page consultée le 21 décembre 2016, en ligne : www.cmpa-acpm.ca/-/physicians-and-nurse-practitioners-working-collaboratively-as-independent-health-professionals.
- 146** MINISTRY OF HEALTH AND LONG-TERM CARE (ONTARIO), « Q&A », *loc. cit.*
- 147** HUDON, Raymond, Élisabeth MARTIN et Maxime PERREAULT, « Le pouvoir médical et le défi de la collaboration interprofessionnelle. Trois cas de figure », *Recherches sociographiques*, vol. 50. no 2, 2009, p. 321.
- 148** MÉDECINS QUÉBÉCOIS POUR LE RÉGIME PUBLIC, *À quel prix ? Réflexion sur les modes de rémunération des médecins et leurs impacts sur le système public de santé*, *op. cit.*
- 149** FORTIN, Pierre, « Pourquoi les médecins sourient-ils ? », *loc. cit.*
- 150** CHAPUT, Hélène, Christine PINEL et Lionel WILNER, « Salaires dans le secteur privé et les entreprises publiques », *Insee Première (Institut national de la statistiques et des études économiques)*, n° 1565 (16 septembre 2015) ; BARTNIK, Marie, « Combien gagnent réellement les médecins ? », *Le Figaro*, 4 avril 2015.
- 151** OFFICE FOR NATIONAL STATISTICS (UNITED KINGDOM), *Earnings and working hours*, page consultée le 1^{er} décembre 2016, en ligne : www.ons.gov.uk/employmentandlabourmarket/peopleinwork/earningsandworkinghours.
- 152** *Ibid.*
- 153** *Ibid.*

- 154 Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015
- 155 Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015
- 156 COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, « Bilan annuel du Collège des médecins du Québec sur les effectifs médicaux », 18 janvier 2016, dans *Collège des médecins du Québec*, page consultée le 1^{er} décembre 2016, en ligne : www.cmq.org/nouvelle/fr/bilan-annuel-du-college-des-medecins-du-quebec-sur-les-effectifs-medicaux.aspx.
- 157 NADEAU, Jessica, « Québec atrophie les CLSC », *Le Devoir*, 3 mars 2016, en ligne : www.ledevoir.com/societe/sante/464502/quebec-atrophie-les-clsc.
- 158 MARTINEAU, Alain, « Fermeture de l'accueil psycho-social au CLSC Ahuntsic », *Journaldesvoisins.com*, 17 novembre 2016, en ligne : journaldesvoisins.com/fermeture-de-laccueil-psycho-social-clsc-ahuntsic/.
- 159 VILLE DE MONTRÉAL, *Montréal ville intelligente et numérique : plan d'action 2015-2017*, 2015, en ligne : villeintelligente.montreal.ca/sites/villeintelligente.montreal.ca/files/Plan-action-BVIN-CE-6-mai-2015.pdf.
- 160 Bisailon *et al.*, « L'approche populationnelle au quotidien », *Perspectives Infirmières*, janvier-février 2010, p. 61. www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM_DB/pdf/21509.pdf
- 161 LEMIEUX, Vincent, *Décentralisation, politiques publiques et relations de pouvoir*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2001, 202 p.
- 162 BAILLARGEON, François, *La crise de la médecine libérale et le débat sur les assurances sociales au Québec de 1925 à 1945 à travers les pages du journal l'Action médicale*, mémoire de maîtrise (histoire), Université du Québec à Montréal, 2009.
- 163 MERRIEN, François-Xavier, « La Nouvelle Gestion publique », *loc. cit.*
- 164 DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL, *Santé des populations et services de santé, Les définitions* www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/services_preventifs/thematique/sante_des_populations_et_services_de_sante/strategies/definitions.html.
- 165 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *L'architecture des services de santé et des services sociaux*, janvier 2004, p. 2, en ligne : publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-710-01.pdf.
- 166 *Idem.*
- 167 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, « Introduction au financement fondé sur les activités, Unité responsable du financement fondé sur les activités », octobre 2010, en ligne : www.groupes.finances.gouv.qc.ca/santefinancementactivite/wp-content/uploads/2013/02/ICIS_-Introduction-au-financement_fr.pdf.
- 168 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, « Thésaurus de l'activité gouvernementale », en ligne : www.thesaurus.gouv.qc.ca/tag/terme.do?id=10911.
- 169 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Le financement par activité au Canada : guide à l'intention des bailleurs de fonds du système de santé et des gestionnaires des hôpitaux*, *loc. cit.*

Il s'agit maintenant de mettre en œuvre un changement de cap, sans quoi la capacité de répondre aux besoins de santé de la population québécoise risque de connaître des reculs sévères.



Institut de recherche
et d'informations
socioéconomiques

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

INSTITUT DE RECHERCHE ET D'INFORMATIONS SOCIOÉCONOMIQUES

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

Imprimé **ISBN 978-2-924727-10-2**
PDF **ISBN 978-2-924727-11-9**