

# Santé Inc.

## Bilan Barrette

[Anne-Marie Provost](#)/06 septembre 2018

Véritable mastodonte de l'État québécois, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) traîne des dysfonctionnements depuis des années et n'en est pas à ses premières réformes. Le MSSS, qui engloutit une part importante des fonds publics, a été dirigé pendant quatre ans par un homme qui n'a pas hésité à déranger et à suivre sa vision, pour le meilleur ou pour le pire : loi 101, loi 202, loi 1303, supercliniques... Les changements ont été nombreux et importants. Bilan des années de Gaétan Barrette à la tête du ministère de la Santé, alors que les Québécois se rendront aux urnes le 1er octobre prochain.

Le 1er avril 2015, plus d'un an après la victoire de Gaétan Barrette dans la circonscription de La Pinière sous la bannière libérale et après des mois de débats vigoureux, coup de tonnerre dans le milieu de la santé et des services sociaux au Québec : le projet de loi 10, adopté sous le bâillon quelques mois auparavant, entre en vigueur.

La nouvelle loi transforme en profondeur le réseau. Les agences régionales de santé et des services sociaux, en place depuis 2003, sont abolies. Les établissements locaux sont également fusionnés : ils passent de 192 à 34.

L'impact est immédiat sur les cadres. Mille trois cents postes sont supprimés, et plus de 700 abolitions de postes s'ajouteront au cours des années suivantes. Trois ans plus tard, l'Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux (AGESSS) dresse un portrait sombre.



« Le gestionnaire travaille fort pour essayer de savoir ce qui se passe sur le terrain et soutenir son équipe. Mais il y a des employés qui ne voient pas leur gestionnaire, ils le voient peut-être toutes les deux semaines parce qu'il a cinq ou six places différentes à faire. Les territoires sont rendus immenses. En 2018, il y a plein de choses qu'on peut faire à distance. Mais pour soutenir une équipe, il faut aussi se présenter, il faut les voir en rencontre. Ce n'est pas pareil en visioconférence », décrit la présidente-directrice générale de l'AGESSS, Chantal Marchand.

« Centralisation » est un mot qui revient souvent lors des discussions avec les différents acteurs du réseau. Pour diriger les nouveaux établissements, Gaétan Barrette a choisi et nommé 34 présidents-directeurs généraux, avec des revenus et des responsabilités qui ont augmenté. Les cadres affirment qu'on les considère maintenant comme des exécutants des PDG, qui prennent leurs directives auprès du ministre.

« Le ministre va à contre-courant de tout ce qui s'enseigne en matière de management dans les écoles de gestion au Canada et ailleurs », tranche Carole Trempe, directrice générale de l'Association des cadres supérieurs de la santé et des services sociaux (ACSSS).

« Pour s'assurer que ça marche, il faut que ce soit les gens du terrain qui apportent les solutions parce qu'ils sont là dans le quotidien. Alors quand la dynamique est top down et que ça vient de quelqu'un d'en haut, qui n'a pas nécessairement les mêmes approches ou les mêmes connaissances ou la même réalité, ça génère toujours des heurts », soutient-elle.

Après que nous eûmes fait trois tentatives auprès de ses attachées de presse pour obtenir son avis sur la question, le ministre de la Santé et des Services sociaux a décliné toute demande d'entrevue de notre part.

#### Réactions partagées

Dans les établissements, les employés sont nombreux à sentir les effets de la nouvelle gouvernance. Chez les infirmières, on constate que les gestionnaires sont moins présents et qu'il y a un manque de disponibilité de leur part pour prendre des décisions ou porter des dossiers.

« Plus on grossit la structure, plus c'est complexe. Moins tu trouves quelqu'un pour t'aider à régler tes problèmes », souligne la présidente de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ), Nancy Bédard.

Du côté du syndicat de l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS), on parle de commandes qui n'ont pas de sens.

« Dans les soins à domicile, on leur dit qu'il faut aller faire plus d'évaluations parce qu'il faut diminuer les listes d'attente. Donc, on donne des objectifs, par exemple aller faire les premières visites pour évaluer les besoins des gens à domicile et qui attendent des services. Nos professionnels vont faire des évaluations en sachant très bien qu'il n'y a pas tous les budgets et toutes les ressources pour donner tous les services », souligne la présidente de l'APTS, Carolle Dubé.

Mais d'autres mettent les choses en perspective. À l'Association médicale du Québec (AMQ), on constate que, s'il y a eu des impacts négatifs, la réforme peut avoir son effet.

« Après la tempête, on va probablement revoir le beau temps et être capable de construire sur ce qui a été mis en place », croit le Dr Hugo Viens, président de l'AMQ. Le médecin souligne qu'il y a eu une simplification de la structure qui, à terme, pourrait être bénéfique.

« Elle a été très sévère, très dure et très autoritaire, mais si [la réforme] permet au réseau de redéployer une certaine flexibilité et une autonomie localement... Il n'est pas dit que l'autorisation ne viendra pas d'en haut de procéder comme ça. La gestion actuelle est plus directe. Reste à voir comment ça va s'appliquer dans les prochaines années », observe-t-il.

Il rappelle qu'avant leur abolition, les agences régionales de santé et des services sociaux étaient des « éteignoirs d'initiatives ».

Plus de patients inscrits à un médecin de famille

Alors que le projet de loi 10 a été adopté dans la controverse, le projet de loi 20, qui visait à améliorer l'accès aux médecins de famille et aux médecins spécialistes, a été, lui aussi, au cœur de discussions animées ces dernières années.

Dès les balbutiements de cette loi, maints éléments sont contestés, dont l'imposition de quotas et de pénalités. Mais les omnipraticiens se sont ensuite engagés à mettre en place avant 2018 des mesures pour atteindre les objectifs de la loi.



Le ministre Barrette et les omnipraticiens visaient l'inscription de 85 % des Québécois auprès d'un médecin de famille pour le 31 décembre 2017. Si l'objectif n'a pas encore été atteint au moment d'écrire ces lignes, force est de constater que la recette semble partiellement porter fruit : entre mars 2014 et mai 2018, le taux d'inscription de la population québécoise est passé de 65,2 % à 79,9 %. « On s'attend à finir autour de 85 %. On sait que c'est souvent à l'automne qu'il y a le plus d'inscriptions, parce que les nouveaux médecins arrivent.

Nous avons aussi largement dépassé l'autre cible sur l'assiduité. Il y a eu une amélioration », affirme le président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), le Dr Louis Godin.

Gaétan Barrette avait imposé aux médecins d'atteindre un taux d'assiduité de 80 %. En date du 31 mars 2018, le taux était de 83,9 % à l'échelle de la province, selon le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Cette plus grande prise en charge soudaine par les omnipraticiens a toutefois des impacts, analyse le Regroupement des médecins omnipraticiens pour une médecine engagée (ROME). « Le problème, c'est qu'on n'a pas augmenté le nombre de médecins de famille. Ce sont les mêmes personnes qui ont quitté l'hôpital pour aller travailler en première ligne, donc on a vu des histoires très tristes dans lesquelles de petites urgences ont dû fermer au complet », expose Natalia Vo, administratrice du ROME. Un autre problème qu'on voit dans certains milieux plus petits où il n'y a pas de supercliniques, c'est que les cliniques ont commencé à fermer les [périodes] sans rendez-vous et à l'offrir seulement à leurs patients pour respecter le taux d'assiduité », ajoute-t-elle.

Afin d'augmenter le nombre de citoyens inscrits auprès d'un médecin de famille, le ministère a mis sur pied le Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF), un point d'entrée unique qui permet à la population de s'inscrire, mais le système a connu des ratés qui ont fait les manchettes. Dans certains cas, de longs délais d'attente, une mise en priorité parfois inadéquate, des milliers de patients refusés... Des critiques se sont aussi fait entendre sur le fait que ce ne soit pas obligatoire pour les médecins de recourir au GAMF. « Un médecin de famille m'a interpellé hier. Il avait donné rendez-vous à huit nouveaux patients sans médecin de famille. Mais il y en a seulement deux sur les huit qui se sont présentés, justifie le Dr Louis Godin. On m'a dit qu'il y avait des gens qui étaient dans le Guichet depuis deux ans. J'ai interpellé des coordonnateurs, et ils m'ont répondu qu'ils ont essayé de les placer, mais les patients ne se présentent jamais. Et après ça, le ministre met ça sur le dos des médecins de famille », poursuit-il.

Si plus de gens ont vraisemblablement un médecin de famille, le Conseil pour la protection des malades (CPM) constate qu'ironiquement, le nombre de patients ambulatoires qui se présentent à l'urgence a plutôt augmenté dans les dernières années. En effet, quand Gaétan Barrette a été nommé à la tête du ministère de la Santé, le nombre de visites ambulatoires était de 2,3 millions. En 2016-2017, il était de 2,5 millions, expose Paul Brunet, qui cite les chiffres du ministère de la Santé et des Services sociaux. « C'est comme s'il n'y avait pas de lien entre avoir un médecin de famille et avoir accès à un médecin quand on en a besoin », analyse le président du CPM.

En 2017-2018, on constate toutefois une baisse de près de 8500 patients ambulatoires par rapport à l'année précédente. Paul Brunet espère que la création d'un réseau de supercliniques diminuera le nombre de patients qui se rendent d'eux-mêmes aux urgences.

Les supercliniques, une bonne idée ?

Pour alléger les urgences des cas moins lourds, un réseau de 46 supercliniques (le ministère vise 50 d'ici la fin de l'année 2018) a été mis sur pied depuis 2016 et formé avec des groupes de médecine de famille (GMF). Le but de ces supercliniques ? Recevoir au minimum 20 000 patients par année qui ne sont pas inscrits auprès des médecins de la clinique.



Pour la Dre Chantal Guimont, la superclinique dont elle fait partie, MAclinique médicale Lebourgneuf, à Québec, a atteint l'objectif d'aider à désengorger les urgences des hôpitaux aux alentours. « Ce qu'on voit dans notre GMF-R, ce sont des patients atteints de maladies que je voyais dans l'urgence où je travaillais avant et qui, à mes yeux, ne devaient pas être là », note Chantal Guimont. La superclinique est particulière en comparaison aux autres. Il s'agit en fait d'une « urgence mineure », équipée d'un plateau technique qui permet de diagnostiquer et de traiter les patients. Dans la dernière année, MAclinique a reçu 40 000 patients qui n'étaient pas inscrits. L'établissement a toutefois pris la décision de verrouiller ses portes temporairement certaines journées à cause de l'achalandage, une critique qui revient souvent. À cela, Chantal Guimont réplique que les ressources humaines sont limitées, qu'il n'est pas possible de faire des heures supplémentaires dans la mouture actuelle du programme et que c'est la sécurité des patients qui a mené à cette décision. Elle compte toutefois sur l'ajout de ressources supplémentaires pour éviter les fermetures temporaires. « Nous étions subventionnés pour un niveau 1 de GMF-R, c'est-à-dire 20 000 patients orphelins par année. Nous allons avoir un niveau 3 pour les 40 000 que nous atteignons, alors ça va concorder avec la réalité. Nous allons avoir plus d'infirmières pour faire du triage », explique-t-elle. La superclinique aimerait aussi avoir plus de pouvoir. On réclame entre autres l'accès à des médicaments pour les situations urgentes plutôt que d'avoir à envoyer les patients à l'hôpital.

Or, l'arrivée des supercliniques suscite questionnements et critiques. Un des anciens commissaires de la commission Clair, commission instigatrice du modèle GMF, se demande si le modèle ne nuit pas aux GMF.

« D'une part, on dit "assiduité". Allez voir votre GMF ou votre médecin de famille. D'autre part, on dit qu'on a mis sur pied une superclinique équipée. Les patients ne sont pas stupides. Le soir et la fin de semaine, les patients vont-ils retourner à leur GMF ? Non, ils vont aller à la superclinique. On a créé une attraction qui va à l'encontre du développement de l'assiduité au sein de son propre GMF », estime le Dr Howard Bergman, directeur du département de médecine de famille à l'Université McGill.

Selon lui, la question d'inciter les GMF à ne pas accepter de sans rendez-vous et l'ouverture des supercliniques aurait dû être discutée avec le milieu. « C'est complexe, il ne faut pas que les décisions soient prises par deux ou trois personnes à Québec », lance-t-il.

De son côté, la FIQ soutient qu'on assiste à une privatisation des soins de première ligne. « On prend de l'argent du public et on le transfère au privé, mais ce n'est pas vrai que c'est le même service que celui du CLSC. Les supercliniques, c'est aussi de la centralisation. On va fermer de petites cliniques pour en ouvrir une grosse. Ce n'est pas prouvé que ça a augmenté l'accessibilité. C'est une idéologie, c'est la privatisation », soutient Nancy Bédard, présidente de la FIQ.

### **Le démantèlement des CLSC**

Plusieurs acteurs du réseau de la santé estiment que les GMF, gérés par les médecins, mais qui fonctionnent sur la base de la carte d'assurance maladie, sont le mode d'organisation qui prendra le plus de place au cours des prochaines années en première ligne. Notamment depuis que Québec a pris la décision de transférer des professionnels des CLSC, comme les travailleurs sociaux, vers les GMF.

Assistons-nous à un démantèlement des CLSC ? « Sans aucun doute, estime le chercheur Damien Contandriopoulos. Le modèle CLSC est un modèle très interprofessionnel dans lequel les médecins étaient historiquement payés à salaire. C'est un modèle qui a continué à être démantelé rapidement pendant le règne de Gaétan Barrette », souligne le chercheur et professeur qui a passé plusieurs années de sa carrière à analyser le système de santé québécois, mais qui est récemment déménagé en Colombie-Britannique pour accepter un poste de professeur à l'École des sciences infirmières de l'Université de Victoria. Selon lui, l'introduction de la rémunération à l'acte dans les CLSC vient dénaturer la relation entre le médecin et la communauté caractéristique de ce système. « Pour un médecin, un patient [dont les pathologies sont complexes] peut revenir à [l'équivalent de] quatre ou cinq consultations. Le modèle à l'acte incite à ne pas avoir envie de voir certains types de patients. La pratique en CLSC permettait aux médecins de se dire qu'ils allaient travailler avec des communautés plus vulnérables sans se préoccuper du temps », avance-t-il.

De son côté, le Dr Howard Bergman trouve logique que des travailleurs sociaux se retrouvent dans les GMF, mais avec un bémol. « Le problème, c'est qu'on enlève les travailleurs sociaux qui sont dans les programmes qui sont propres aux CLSC et qui devraient rester aux CLSC. Mais le

fait d'ajouter des travailleurs sociaux aux GMF et d'avoir une pratique qui combine l'approche médicale et sociale, on ne peut pas être contre ça », estime-t-il.

Des régions continuent néanmoins de compter sur les CLSC, nuance la FMOQ. « Il y a des endroits où les CLSC sont encore très bien organisés et sont probablement la principale porte d'entrée des gens qui y ont accès », tempère le Dr Godin. Questionné à propos de la fermeture récente du sans rendez-vous au CLSC de Saint-Jean-sur-Richelieu, ce qui a soulevé la colère de la communauté, le président de la FMOQ répond qu'il s'agit d'un des effets de l'approche du ministre Barrette. « Il faut de la souplesse pour que les GMF aient un intérêt à avoir des patients qui ne sont pas les leurs. Si jamais leur taux d'assiduité est moins élevé parce qu'ils ont beaucoup de patients qui ne sont pas les leurs, il faut mettre ça de l'avant et adapter le programme en fonction de ça. Mais là, il y a un seul modèle et une seule façon de faire, que tu sois dans une région périphérique ou très urbaine », ajoute-t-il.



Les médecins spécialistes s'en sortent-ils vraiment mieux ?

Si les soins et services de première ligne ont souvent fait l'actualité, c'est que ceux des deuxième et troisième lignes ont été plus épargnés par les réformes, estime Damien Contandriopoulos. « Le gouvernement vient d'investir massivement dans leur rémunération. D'une part, les médecins spécialistes n'ont pas été trop touchés par les réformes et, d'autre part, on a décidé de leur donner beaucoup d'argent », pense-t-il.

Il n'a pas été possible d'obtenir une entrevue avec un porte-parole de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) pour cause d'horaire trop chargé.

Un médecin spécialiste pratiquant en périphérie de Montréal qui s'est entretenu avec Santé inc. n'est toutefois pas prêt à aller jusqu'à dire que les médecins spécialistes l'ont eu plus facile que les autres professionnels. « Ce qu'on nous dit, en médecine spécialisée, c'est qu'il faut voir tous les patients du Centre de répartition des demandes de service (CRDS) dans des délais prescrits. Priorité A en trois jours, priorité B en dix jours, priorité C en un mois, etc. Et on ne nous donne pas plus de ressources pour le faire. Dans mon centre, nous sommes deux, et nous sommes complètement débordés », illustre celui qui préfère garder l'anonymat. Il reconnaît toutefois que l'implantation du CRDS a été une belle avancée. La loi 130, qui donne plus de pouvoir aux directions des hôpitaux sur l'emploi du temps des spécialistes, leur productivité et leur présence à l'hôpital, a également été au cœur des préoccupations de ces derniers. « La décision finale, c'est le médecin qui la prend, et ce qui lui permet de prendre des décisions en toute liberté pour le mieux-être du patient, c'est le fait qu'il soit autonome professionnellement. Si j'avais un patron au-dessus de moi qui me disait qu'il a des contraintes budgétaires et que [je n'ai] pas le droit de prescrire plus que tant de radiologies, je ne prendrais pas ma décision en fonction du mieux-être du patient », explique le médecin spécialiste.

Il voit cependant la lumière au bout du tunnel. « Heureusement, il y a eu la renégociation avec la FMSQ, ce qui a permis d'adoucir cet aspect. L'établissement ne pourra plus imposer ses conditions unilatéralement, ça va se faire en discussion avec des comités. Mais on ne sait pas à quoi ça ressemblera », dit-il.

Pendant ce temps, les médecins de famille, eux, craignent pour la relève. Depuis l'application de la loi 20, le nombre de postes vacants a grimpé en flèche. Soixante-cinq postes de résidents en médecine familiale n'ont pas été pourvus cette année au Québec. Ce sont les seuls au Canada.

« Les gens allaient en pratique familiale pour avoir une pratique diversifiée. Ils faisaient un peu de bureau, d'urgence, d'obstétrique, d'hospitalisation... Il y a trois ans, ce fut la pire année, même si depuis on a plus de flexibilité. On concentrait tout le monde en bureau en obligeant les médecins à faire presque exclusivement de la prise en charge. C'est sûr que c'est beaucoup moins tentant pour un étudiant en médecine », explique le président de la Fédération des médecins résidents du Québec, le Dr Christopher Lemieux. Il précise que, si on regarde les chiffres plus en détail, de plus en plus d'étudiants vont décider de ne pas postuler au deuxième tour en médecine familiale et vont préférer prendre une année de plus pour faire de la recherche ou améliorer leur dossier, pour ensuite postuler dans d'autres spécialités l'année suivante.

### **Un réseau secoué et déstabilisé**

Du côté des cadres et des travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux, on dit être à bout de souffle à cause des réformes, et ne pas pouvoir offrir la même qualité de service qu'auparavant.

Le cas des infirmières a été très médiatisé à l'hiver 2018. « Trois mille formulaires de soins non sécuritaires ont été envoyés, alors on s'est dit cet hiver que ça ne pouvait plus continuer comme ça », lance Nancy Bédard, qui accueille favorablement la volonté du ministre de mettre en place de nouveaux ratios infirmières-patients.



De son côté, l'APTS a lancé la campagne Allô, y a quelqu'un ? dans le but de récolter les témoignages et dénoncer des situations vécues par ses membres au travail. « Aux centres jeunesse, ils sont dans une [telle] détresse... C'est le désastre complet actuellement », rapporte Carolle Dubé.

Le regroupement Médecins québécois pour le régime public (MQRP) en est même venu à dénoncer les hausses de salaire négociées entre Québec et les médecins spécialistes et les omnipraticiens.

« On sait que d'autres travailleurs de la santé ont des conditions de travail exécrables, sont très mal payés, comme les infirmières et les préposés. Et pendant ce temps-là, nous, les médecins, on reçoit augmentation après augmentation de rémunération alors qu'on est déjà très bien payés », critique la Dre Isabelle Leblanc, présidente de MQRP.

Globalement, l'approche de Gaétan Barrette aura eu un effet déstabilisant sur le réseau, conclut le Dr Howard Bergman. « Il y a eu des décisions prises sans consultation, de la microgestion par un petit groupe de personnes, beaucoup de réformes très rapides, l'une après l'autre, et une attitude one size fits all », décrie-t-il.

La plupart des acteurs du réseau dénoncent les réformes des dernières années et reprochent à Gaétan Barrette, avec sa gestion de style confrontation, d'avoir créé, d'une part, beaucoup de remous dans l'opinion publique et, d'autre part, une plus grande instabilité du réseau.

Que retiendront les Québécois lorsqu'ils iront voter le 1er octobre ? Se tourneront-ils vers une solution de rechange, un autre parti ? La question reste entière, alors que la population est vieillissante et que la santé demeure l'une des préoccupations majeures des électeurs de la province. Chose certaine, plusieurs s'entendent pour dire qu'il faudra plusieurs années avant que le réseau se relève de ces réformes successives.

[Pour joindre Anne-Marie Provost](#)

Crédit photos : Archives/Journal de Québec

## Notes

1. Pour des raisons de facilité de lecture, le nom au long des lois a été omis dans le texte. Vous les retrouverez ici. Pour la loi 10 (projet de loi 10), il s'agit de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.
2. Loi 20 : Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée.
3. Loi 130 : Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de service

<https://santeinc.com/2018/09/bilan-barrette/>