

L'Hôtel-Dieu en superclinique : une menace pour des services publics accessibles et universels

Tout indique que le gouvernement souhaite profiter de la fermeture de l'Hôtel-Dieu de Montréal pour utiliser les bâtiments rénovés à nos frais et pleinement fonctionnels de cet hôpital pour implanter une super-clinique, projet cher au ministre Barrette.

Qu'est-ce qu'une superclinique ? En analysant les différentes déclarations des libéraux dans les derniers mois, on peut dire qu'une superclinique sera un GMF qui offre, en plus des consultations, des services de laboratoire ainsi que des installations d'analyse telles que radiographies, échographies, scans, etc.

Après la mise sur pied des GMF qui devaient faciliter l'accès à un médecin de famille, voici que le gouvernement se lance dans les supercliniques ou en plus des médecins de famille on retrouvera des spécialistes. Avant de plonger les yeux fermés dans le mirage des supercliniques, peut-on regarder si les GMF ont accompli leur mission ?

Selon le rapport du Vérificateur général du Québec intitulé *Groupe de médecine de famille et cliniques-réseau*, publié au printemps 2015, on est bien loin du compte. Les GMF n'ont pas contribué à faciliter l'accès à un médecin et en plus ils coûtent plus cher que le réseau public.

Les besoins de la population

Voici ce que dit le rapport du Vérificateur général du Québec (VGQ) :

57- Les agences attribuent un soutien financier aux GMF en s'appuyant essentiellement sur la volonté des médecins de pratiquer dans le cadre de ce modèle d'organisation, peu importe le secteur géographique. Les besoins de la population et la proximité des services de première ligne sont peu pris en compte.

Rappelons qu'en formant une compagnie de gestion pour leur GMF, en se faisant rémunérer par leur compagnie de gestion et en étant incorporés, les médecins paient moins d'impôt (12% au lieu de 45%) que s'ils demeurent rémunérés au sein du réseau. En soi, c'est un gros incitatif à se regrouper en GMF.

Dans les GMF, la gestion des ressources échappe au réseau public et cela a un impact négatif sur la capacité du réseau public à remplir tous les objectifs d'offres de services prévus par le ministère, car le réseau public est le seul assujéti aux obligations découlant de la politique ministérielle. Il faut préciser que c'est le ministère qui a choisi de ne pas assujettir les GMF aux mêmes obligations cliniques que le réseau, il ne s'agit pas d'un oubli. D'ailleurs, le Vérificateur général le constate :

62- Les mécanismes actuels que le ministre a mis en place en vue d'encadrer la répartition des effectifs médicaux n'ont pas comme objet de favoriser l'équilibre entre les cliniques médicales et les établissements.

Le personnel clinique : infirmières et professionnels tels que psychologues et nutritionnistes

Le GMF est le supérieur fonctionnel des infirmières, bien que celles-ci soient embauchées par le CISSS. C'est le GMF qui décide les activités cliniques dispensées et de l'organisation du travail (paragraphe 72). Le contrôle public des GMF est déficient, comme l'explique le vérificateur :

74 Les agences et les établissements vérifiés n'encadrent ni ne suivent suffisamment les activités réalisées par le personnel clinique des GMF qu'ils rémunèrent.

Le Ministère a établi des guides sur l'encadrement et les priorités d'activités cliniques que les établissements réseau doivent suivre, mais pas les GMF et tout porte à croire que ce sera la même chose pour les super-cliniques privées :

75 (...). À cet égard, des guides sur les tâches attendues des infirmières financées ont été diffusés par le ministère à l'été 2014, mais les activités n'ont pas été intégrées dans les ententes analysées lors des plus récents renouvellements. Par ailleurs, les GMF étant les supérieurs fonctionnels des infirmières, ils n'ont pas l'obligation de suivre ces guides puisque leur contenu ne figure pas dans les ententes. Il en est de même pour les professionnels autres que les infirmières; les agences n'ont pas ajouté dans les ententes les rôles qu'elles attendent de ceux-ci, alors que des sommes supplémentaires sont allouées pour eux.

Cette situation n'est pas si surprenante lorsque l'on considère qu'au cœur de la pensée néolibérale, le gouvernement ne doit pas avoir prise sur les activités des firmes privées, ce qui n'empêche nullement ces firmes de vivre aux crochets des fonds publics.

La porte ouverte aux abus et à des fraudes envers les fonds publics

Le non-assujettissement des GMF au secteur public et leur statut d'entreprise privée entraînent déjà leur lot d'abus, même si les GMF sont relativement jeunes. Quelques exemples :

- Les médecins en GMF facturent au prix fort des actes qui peuvent être faits par des infirmières, tels que la vaccination (paragraphe 77)
- Un GMF peut choisir de ne pas remplacer une infirmière en absence prolongée, même s'il a reçu les fonds publics pour ce poste (paragraphe 80)

Et ce n'est pas tout :

79- Les agences et les établissements ne disposent d'aucune donnée quantitative fiable sur les activités réalisées par le personnel clinique qu'ils paient (sauf le personnel qui travaille dans un GMF d'un établissement). La seule information disponible est le nombre d'heures travaillées, et ce, même si les établissements sont les supérieurs hiérarchiques.

Les GMF peuvent aussi choisir d'embaucher des infirmières techniciennes (DEC) alors que le Ministère paie pour des infirmières cliniciennes, une différence salariale de plus de 6,50\$ de l'heure. Cet argent reste à la disposition du GMF qui en fait ce qu'il veut.

76 - (...) Or, les responsabilités professionnelles de l'infirmière clinicienne, notamment au regard du type de soins, ne sont pas équivalentes à celles qu'exerce une infirmière technicienne. Au CSSS Drummond, 38 % des postes sont occupés par des infirmières techniciennes, alors que le soutien financier attribué par l'agence correspond à des salaires d'infirmières cliniciennes.

L'informatisation des dossiers médicaux

On part d'une belle idée : les dossiers médicaux informatisés vont suivre le patient et faciliter le travail du médecin qui peut y accéder. Belle idée, sauf que, en ayant recours au privé pour le faire on se rend compte qu'on n'a pas de balises, pas de résultats prévus pour justifier les dépenses et pas d'intégration des données avec le réseau de la santé.

88 - Depuis la création des GMF, excepté l'argent investi au moyen du programme relatif au dossier médical électronique, le ministère n'a pas établi de balises quant aux résultats à obtenir et ne s'assure pas que l'utilisation des sommes consacrées à l'informatisation des cliniques est efficace.

89 - Depuis 2002, les GMF reçoivent annuellement des sommes pour l'informatisation de leurs cliniques, notamment pour l'acquisition de l'équipement et du câblage (...) Au cours des trois dernières années (soit à partir de 2011-2012), ce volet du soutien financier a représenté 22,4 millions de dollars. Pourtant, le ministère a établi peu de balises ; pour les résultats escomptés, il n'a pas précisé, par exemple, à quelle utilisation doivent servir les sommes versées et il n'a pas non plus mentionné dans quelle mesure l'information clinique doit être intégrée dans celle du réseau de la santé et des services sociaux.

90 - Le degré d'utilisation des *outils informatiques* financés et celui relatif à l'intégration de l'information clinique dans celle du réseau de la santé et des services sociaux ne sont ni évalués ni suivis par le ministère et les agences.

Le suivi des résultats

Ici aussi le gouvernement démontre clairement que sa politique n'est pas de développer l'offre de services pour laquelle nous payons des impôts, mais de laisser faire le secteur privé qui ouvertement abuse des fonds publics. Ensuite, faut-il se surprendre de se faire dire que les fonds publics sont à sec quand c'est le temps de parler de services sociaux.

En théorie, le Ministère qui finance les GMF avec notre argent a le droit de les contrôler, sauf que :

94 - Malgré la mise en place d'un plan d'action transitoire, le MSSS et les agences vérifiées continuent généralement à financer les GMF même si ceux-ci ne respectent pas les exigences établies, dont le nombre de patients inscrits et les heures d'ouverture.

Plus grave encore, les GMF abusent impunément des fonds publics en recevant du financement public pour des patients qu'ils n'ont pas :

97 - Des GMF reçoivent un soutien financier pour un nombre d'inscriptions supérieur à celui qu'ils ont réellement. Au 31 mars 2014, à partir des données du ministère, au moins 110 GMF (43 %) n'avaient pas le nombre de patients pour lesquels ils recevaient des sommes.

Qu'est-ce que ça veut dire pour les coûts ?

98 - (...) À titre d'exemple, dans des GMF financés pour 9 000 patients, le soutien reçu pour chaque patient inscrit *pondéré* varie de 209 % (de 18,33\$ à 56,63\$) et le soutien financier par visite, de 372 % (de 8,81\$ à 41,55\$).

Pas mal pour un gouvernement qui n'a que 0% à offrir à ses employé-es qui donnent les services de santé au quotidien que de verser à des firmes privées jusqu'à 372% des sommes prévues pour des soins qui ne sont pas donnés.

Et il fallait s'y attendre...

107 - Le ministère et les agences n'ont pas fixé de cibles quant aux résultats autres que le

nombre d'inscriptions et les heures d'ouverture, pas plus qu'ils ont fait le suivi des objectifs et des effets attendus liés à l'attribution du soutien financier aux cliniques médicales. À titre d'exemple, le MSSS n'a suivi aucun indicateur pour évaluer l'impact du soutien financier au regard de l'amélioration de l'accessibilité et de la continuité des services de première ligne ou de leur évolution.

*109 - Enfin, le ministre n'a procédé à aucune **évaluation** formelle de l'impact du soutien financier sur les services rendus et sur l'accessibilité dans les GMF et les cliniques-réseau depuis 2008.*

Et les super cliniques dans tout ça ?

Les GMF, nous l'avons vu, ne sont pas ou peu contrôlés et ceci n'est pas un accident. C'est le Ministère qui a décidé de ne pas les assujettir au plan clinique qui guide les établissements du réseau. C'est le Ministère qui ne fait aucun suivi de l'argent dépensé. Le ministère sait à quel point les fonds publics sont victimes d'abus.

Le gouvernement ne fait rien pour arrêter cela. Le peu de contrôle et de « contre-pouvoir » qui pouvait venir de l'intérieur du système a été balayé par les libéraux.

- Ils ont aboli les agences ;
- Ils ont aboli les conseils d'administration élus dans les établissements. C'est le ministre Barette qui nomme tout le monde.
- Le ministre choisit lui-même les DG de tous les établissements et il peut les révoquer, ce qui leur enlève une grande part d'autonomie.
- Les Directeurs de la santé publique qui parfois, ont osé agir comme chiens de garde de l'intérêt public se sont vus interdire de pratiquer la médecine et ils ont démissionné.

Le gouvernement a donc aboli ou muselé l'ensemble des garde-fous qui pouvaient protéger l'intérêt public. Le ministère ne contrôle pas les firmes privées (GMF) et les fonds se font vider.

Les GMF coûtent plus cher que le réseau public et ce sera pire avec les supercliniques, car elles pourront facturer des frais services normalement offerts gratuitement dans le réseau, tels que les radiographies et les analyses sanguines. Le 28 octobre 2015, le journal *The Gazette*¹ rapportait que des médecins qui, quelques jours avant, travaillaient pour le *Montreal Children*, travaillent maintenant dans une clinique qui facture 200\$ au patient pour une analyse sanguine. On peut penser que la super-clinique va généraliser ces pratiques.

Le gouvernement aide, y compris financièrement, les médecins généralistes à se regrouper en GMF. Il s'apprête à faire de même avec les médecins spécialistes. Pour chaque médecin qui sort des établissements publics pour travailler en GMF et bientôt, pour chaque médecin spécialiste qui s'établira en superclinique c'est un médecin de moins pour les patients qui n'ont pas les moyens de payer les frais exigés par ces groupes privés. Le gouvernement ne vise pas à l'amélioration des services, il établit une médecine à deux vitesses.

¹ <http://montrealgazette.com/news/local-news/montreal-childrens-diverts-outpatients-to-new-private-clinic>

Le gouvernement ne vise pas non plus à contrôler la hausse globale des coûts de la santé, car les firmes privées (GMF) coûtent plus cher au gouvernement que le réseau public, et un plus ces firmes vont facturer directement le client, frais accessoires et compagnie.

L'Hôtel-Dieu doit rester public

Le gouvernement prévoit avoir besoin de 40% de l'espace de l'Hôtel-Dieu pour la superclinique. Or, nous avons besoin de ce même 40% pour maintenir un hôpital de première et de deuxième ligne avec son urgence, ses salles d'opération, ses laboratoires et ses cliniques. Cet hôpital devra avoir des ententes avec le CHUM et l'Hôpital pour le transfert de patients qui exigent plus de soins.

Plus grave encore, nous apprenions le 3 novembre 2015 dans *La Presse* que² :

Lors de l'ouverture de son nouvel hôpital, prévue pour l'automne prochain, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) devra rediriger un certain nombre de patients vers des établissements des banlieues. En tout, près de 100 lits de différentes spécialités seront répartis dans les hôpitaux du «450», révèle un document de travail sur le Plan clinique du CHUM, obtenu par *La Presse*. Des médecins du CHUM se demandent si les hôpitaux des banlieues seront en mesure d'accueillir ce flux de patients additionnels lors du déménagement.

De plus,

Il est prévu depuis longtemps que le nouveau CHUM comptera moins de lits. Alors que le CHUM actuel possède 1000 lits, le nouveau CHUM en comptera 772. (...)

Avec son déménagement, le nouveau CHUM souhaite concentrer ses activités sur les soins de pointe, soit tertiaires et quaternaires.

Par exemple, 19% des hospitalisations de courte durée au CHUM touchent actuellement les soins tertiaires. Dans le nouveau CHUM, on souhaite faire passer cette proportion à 30%, (...)

Avec le nouveau CHUM, on perd non seulement des lits, mais sa sur-spécialisation va aggraver les problèmes d'accès aux opérations dites de deuxième ligne. Le nouvel Hôtel-Dieu que nous proposons est tout indiqué pour répondre à ces besoins. L'Hôtel-Dieu existe déjà, nul besoin d'inventer une superclinique, à moins de faire face à une volonté absolue de privatiser les soins.

La superclinique ne fera rien de mieux au chapitre de l'offre de soins. Puisque comme pour les GMF :

- 1- le plan clinique échappe au Ministère ;
- 2- l'utilisation des ressources (infirmières) ne sera pas contrôlée par les établissements même si des fonds publics serviront à payer ces infirmières ;
- 3- les abus de fonds publics sont à craindre, car le ministère signe des contrats qui ne lui donnent pas les outils pour vérifier l'utilisation des fonds publics
- 4- le Ministère ne conduit aucune étude pour connaître l'impact des ces cliniques sur l'Offre de soins. Le but n'est pas d'améliorer l'offre de soins, mais de permettre aux médecins de se constituer en compagnie privée et de faire plus de profits.

² http://plus.lapresse.ca/screens/17df2554-8239-4fc4-81b1-a0b6f2632f46%7C_0.html

- 5- La création de ces GMF et de ces supercliniques est encouragée par le Ministère de la Santé. Le ministère participe donc activement à sortir des médecins du régime public ce qui, pour chaque médecin sorti du régime public, aggrave les problèmes internes du réseau public, mine sa capacité à offrir les services en un temps raisonnable et aggrave la frustration des citoyen-nes contre le réseau public.
- 6- La création des GMF et des supercliniques arrive, car le gouvernement a effectué des changements à la loi de l'impôt pour permettre aux médecins de s'incorporer ce qui réduit leurs impôts à payer de 45% à 14% et ça non plus ça n'a rien à voir avec l'amélioration de l'offre de soins ou un meilleur accès aux soins ou une réduction des listes d'attentes.
- 7- le Ministère ne contrôle pas les sommes dépensées avec notre argent pour l'informatisation de ces cliniques
- 8- le Ministère ne contrôle pas le nombre réel de patients desservis par ces cliniques même s'il paie les firmes privées pour offrir des services
- 9- et finalement la super-clinique va généraliser les frais exigés aux patients ce qui la rendra inaccessible aux plus démunis.

Jean-Pierre Daubois