

La réforme Dubé : vers la consécration du privé en santé

Marie-Claude Prémont

Number 823, Winter 2023–2024

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/103574ac>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Centre justice et foi

ISSN

0034-3781 (print)

1929-3097 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Prémont, M.-C. (2023). La réforme Dubé : vers la consécration du privé en santé. *Relations*, (823), 40–44.

LA RÉFORME DUBÉ : VERS LA CONSÉCRATION DU PRIVÉ EN SANTÉ

Les inquiétudes concernant la place croissante du privé dans le système de santé s'intensifient avec raison au Québec. Comprendre en quoi le projet de loi 15 (la réforme Dubé) en est un puissant accélérateur s'impose, car, malgré les amendements possibles, son adoption est presque assurée dans un contexte de gouvernement majoritaire.

Marie-Claude Prémont

L'auteure est professeure de droit public à l'École nationale d'administration publique (ENAP)

Le projet de loi 15 (Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace) présenté à l'Assemblée nationale du Québec le 29 mars 2023 par le ministre de la Santé et des Services sociaux, Christian Dubé, peut à juste titre inquiéter toute personne qui tient au système public de santé québécois. Toutefois, il ne constitue pas une surprise, étant attendu avec impatience depuis la réforme Barrette, qui a miné de l'intérieur¹ la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) qu'il vise à remplacer. La croissance du nombre d'actes médicaux réalisés hors des établissements publics — c'est-à-dire dans des lieux appartenant aux médecins entrepreneur·es et aux investisseurs privés — est l'un des principaux risques que pose ce projet.

Cap sur la fusion totale des établissements

La première LSSSS a été sanctionnée en 1971 sous l'autorité du ministre Claude Castonguay, dans la foulée de la mise en place d'un régime universel de soins médicaux gratuits pour tous les Québécois et Québécoises l'année précédente. Cette loi avait pour objectif de voir à l'organisation du réseau de santé et de services sociaux et d'assurer l'accessibilité des soins et des services sur l'ensemble du territoire. Les mécanismes pour y parvenir ont évolué au fil des réformes successives — celles de Marc-Yvan Côté (1991), Jean Rochon (1995), Philippe Couillard (2003-2005) et Gaétan Barrette (2015-2018).

Le projet de loi 15 propulse à un niveau inédit le processus de fusions d'établissements publics (lancé par la réforme Rochon). Depuis la réforme Couillard, et ce n'est pas un hasard, de nouveaux lieux privés de prestation de soins de santé ont vu le jour : les Groupes de médecine familiale (GMF), devenus le lieu privilégié de pratique des médecins omnipraticien·es, et les Centres médicaux spécialisés (CMS), lieu optionnel de pratique des médecins spécialistes. Le législateur a toujours veillé à ne pas faire de ces lieux des « établissements » au sens de la LSSSS, afin de leur conférer plus d'autonomie et de souplesse. Ce n'est pas anodin : la logique à l'œuvre veut que ces entités privées demeurent distinctes du réseau public, tout en se multipliant et en s'ancrant plus profondément dans le réseau. Pendant ce temps, les établissements publics sont fusionnés et consolidés sous un contrôle public qui se resserre.



Photo : Annie Spratt/Unsplash

Si la fusion d'établissements publics du ministre Barrette avait surpris par son ampleur, celle du ministre Dubé atteint une échelle totale.

Le projet de loi 15 permettra de compléter, d'amplifier et de sceller l'intégration au sein du système de santé des GMF et des CMS, deux formes d'entreprises médicales privées contrôlées par les médecins, tout en étant financées quasi exclusivement par les fonds publics. En cela, il reconduit le sempiternel dilemme : tenter de contrôler et d'optimiser la prestation des soins de santé dans un réseau public afin d'améliorer l'accès aux soins, tout en favorisant et en protégeant une pratique médicale hors des établissements publics, le tout sans empiéter sur l'autonomie sacralisée de la pratique médicale et de son organe de surveillance que représente le Collège des médecins du Québec.

Décentralisation ou hyper-centralisation ?

Si la fusion d'établissements publics du ministre Barrette avait surpris par son ampleur, celle du ministre Dubé atteint une échelle *totale*. En effet, l'État entend resserrer ses contrôles administratifs sur le réseau public par une fusion extrême de l'ensemble des établissements publics du Québec et les soumettre à la gestion centralisée d'un organe unique, soit son bras opérationnel : l'agence Santé Québec, une nouvelle société d'État. La nomination quasi ornementale de conseils d'établissements territoriaux par Santé Québec n'y porte pas ombrage, puisque leur rôle se limite à appuyer le président-directeur général (PDG) de l'établissement et à maintenir de bonnes relations avec la communauté et les usagers. Le principe de subsidiarité inscrit à l'article 29 est aussi plutôt symbolique et ne risque pas de réduire l'autorité de la nouvelle société d'État. Même l'adoption du règlement de régie interne, qui relève du ou de la PDG, exigera l'approbation des instances de Santé Québec.

Cette faible autonomie décisionnelle conférée aux conseils d'établissement a poussé la Commissaire à la santé et au bien-être, Joanne Castonguay, à remettre en cause l'affirmation du ministre Dubé indiquant que les établissements seront responsables des opérations². Plusieurs autres intervenant-es en commission parlementaire ont aussi remis en doute le discours de décentralisation du ministre, que contredisent les termes mêmes du projet de loi.





Photo : Annie Spratt/Unsplash

Par ailleurs, en vertu de la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État, tous les membres du conseil d'administration de Santé Québec seront nommé-es par le gouvernement. Son fonctionnement sera soumis aux orientations décidées par le gouvernement ou par le ministre, par le biais de règlements ou de directives, ou par l'approbation des décisions ou des règlements adoptés par Santé Québec.

Hormis les nombreux pouvoirs de contrôle qui lui sont confiés (par exemple en matière de mécanismes d'accès, de registre national des incidents et accidents, d'émission de permis, etc.), Santé Québec a pour mission centrale d'offrir tous les services. Elle peut le faire soit directement par les établissements publics (dont au moins un par région sociosanitaire, dans la continuité organisationnelle de la réforme Barrette), soit indirectement par des établissements privés ou d'autres prestataires privés, comme les GMF et les CMS.

Que cache l'« intégration des services » ?

Voilà une expression qui revient souvent et qui est comme la tarte aux pommes : tout le monde l'aime. Mais au-delà de son aspect attrayant, depuis la réforme Couillard, ce terme désigne surtout l'intégration qui s'opère entre les établissements publics et les services donnés par des sociétés ou des organismes privés. Ainsi, parler du « cheminement intégré du patient » vise à normaliser le transfert routinier du patient et de la patiente d'un prestataire public vers un prestataire privé avec qui l'établissement public se coordonne, à qui il fournit du personnel ou d'autres ressources, ou à qui il délègue des activités contre une rémunération. En outre, le projet de loi confirme que le PDG d'un établissement public territorial aura *l'obligation* de conclure des ententes avec les intervenants privés du réseau local.

Dès son article 1, le projet de loi 15 précise vouloir renforcer la coordination des différentes composantes du système, coordonner l'activité des établissements privés et des autres prestataires privés et favoriser une plus grande fluidité des services entre les composantes. L'article 2 place les établissements publics et privés sur un même pied. L'article 301 prévoit explicitement que même un centre hospitalier pourra désormais être un établissement privé et qu'il pourra mettre sur pied des services d'urgence. Aux amendements déposés en bloc à la fin de l'été 2023, s'ajoute un article 666.1, qui accordera un pouvoir réglementaire au ministre pour déterminer la procédure à suivre pour les concessions de services, les aliénations de biens, les locations d'immeubles et tout contrat afférent, autorisant ainsi la dévolution au secteur privé de biens et obligations appartenant jusqu'ici au réseau public. C'est dans ce contexte que l'intégration des services devient une vertu obligée.

Santé Québec est responsable d'allouer les ressources financières pour les soins et services, selon des règles budgétaires établies par le ministre et approuvées par le Conseil du trésor. Le projet de loi cherche aussi à donner une assise juridique au « Programme de financement et de soutien professionnel pour les GMF », que le ministère de la Santé supervise pourtant depuis 2015. D'autres « groupements » (entendre groupements privés) pourront ainsi bénéficier de programmes particuliers de financement ou de subventions. Par ailleurs, si la consécration des GMF et leur financement institutionnalisé ont depuis longtemps sonné le glas des CLSC (ces groupes en siphonnant le personnel et en priviliégiant la rémunération à l'acte plutôt que le salariat pour les médecins, notamment), ce projet de loi est susceptible de mettre le dernier clou au cercueil.

Le ministre Dubé a maintes fois répété en commission parlementaire que son projet de loi ne changeait rien au rôle du privé dans les soins, puisqu'il reprend mot pour mot les dispositions que l'on retrouve actuellement aux articles 79 et 97 de la LSSSS et que les ententes avec les CMS sont déjà inscrites dans la Loi. Cette affirmation est trompeuse, puisqu'elle ignore plusieurs autres dimensions du projet de loi, comme les transferts de responsabilité entre le public et le privé qui pourront se faire de façon plus systémique et massive que le recours à la pièce qui prévaut actuellement, le transfert légalisé de personnel des CLSC aux GMF, et la cession au privé d'actifs publics. Tout ce qu'on connaissait comme établissement public de soins et services peut dorénavant devenir privé. Par règlement, directive ou décision du Conseil du trésor, Santé Québec pourrait devoir procéder à de tels transferts. Non seulement aura-t-elle le pouvoir de déterminer les chirurgies autorisées en CMS, mais la société d'État décernera du même coup les autorisations pour la création de nouveaux CMS ou le maintien de ceux qui sont déjà en opération — le tout en doublant à 10 leur nombre maximal de lits d'hébergement. Ainsi, Santé Québec pourra autoriser la création de lieux privés dont elle plaidera avoir besoin pour répondre à la demande. À l'opposé, un établissement public ne pourra offrir de nouveaux services nécessitant des ressources professionnelles ou des équipements ultraspecialisés déterminés par le ministre sans l'autorisation écrite de ce dernier. Tout établissement privé pourra offrir des services comparables à ceux d'un établissement public requérant un·e seul·e médecin ou un·e seul·e infirmier·ère praticien·ne.

Une approche très critiquée

La première Loi sur les services de santé et les services sociaux plaçait les établissements publics au cœur d'un réseau dédié à la prestation des soins de santé et des services sociaux, pendant que les organismes privés servaient à la marge ou étaient destinés à combler des besoins plus pointus. Cette approche a été graduellement affaiblie au profit d'une place de plus en plus institutionnalisée accordée aux groupes privés de médecins financés par les fonds publics, que ce soit en GMF ou en CMS, au détriment des CLSC et même des centres hospitaliers. Le projet de loi 15 confirme ce changement d'approche et accorde à Santé Québec le pouvoir de l'amplifier.

Même un centre hospitalier pourra désormais être un établissement privé et pourra mettre sur pied des services d'urgence.



D'un côté, le projet de loi resserre les contrôles sur la pratique médicale en établissement public, mais de l'autre, il favorise une culture économique et libérale de la pratique médicale, en institutionnalisant le financement public des entreprises médicales privées que sont les GMF et les CMS. Or, est-il indifférent que les services de santé soient donnés par un organisme public ou privé? La question soulève des débats, mais les faits ont la tête dure. Plusieurs études ont bien révélé les enjeux quant aux coûts plus élevés du privé, mais aussi quant à la qualité moindre des soins³. Le ministre Dubé rejette toute objection en rétorquant que le principe de l'universalité et de la gratuité est maintenu, que le patient n'aura rien à payer, qu'il soit traité au public ou dans un lieu privé lié par une entente. C'est occulter plusieurs dimensions du sujet et nombreuses sont les personnes qui se sont opposées au ministre en commission parlementaire, montrant qu'elles ne sont pas dupes.

Même les organismes favorables à un transfert au privé de services gratuits pour les patient-es se sont montrés plus prudents que le ministre. Le Collège des médecins évoque le risque de voir les CMS cannibaliser les hôpitaux, pendant que la Fédération des médecins spécialistes du Québec craint de déshabiller Paul pour habiller Jacques en appelant le ministre à la prudence. Le député libéral André Fortin a,

pour sa part, souligné que la mise en place d'une agence centrale en Alberta, semblable à Santé Québec, y a facilité le recours accru aux centres médicaux privés.

Au nom de l'accès aux soins, le système de santé du Québec sera-t-il remis en partage aux entreprises médicales privées? C'est une question qui s'impose plus que jamais et qui devrait préoccuper le ministre, comme toute la population québécoise. ■

1— Le projet de loi 10, par exemple, devenu la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, invalidait des dispositions centrales de la LSSSS en déclarant de façon lapidaire, à son article 2, s'appliquer « malgré toute disposition inconciliable » de cette dernière.

2— Commission de la santé et des services sociaux, « Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi 15 », Commissaire à la santé et au bien-être, 19 avril 2023 (extrait vidéo : 11 h 41).

3— Paul A. Lamarche et Adriana Trigub-Clover, « La propriété privée des organisations de santé : quels effets sur les services? », dans François Béland et al., *Le privé dans la santé*, Montréal, PUM, 2008, chap. 18.



« La réussite de cet essai ambitieux, qui se veut un pont entre l'Orient et l'Occident, tient à ce qu'il chemine au fil de lectures et de pérégrinations, de sorte qu'il se lit comme un récit de voyage et le roman d'une pensée. »

Yvon Rivard



© Mélanie Bernier

groupenotabene.com