

Des CLSC aux GMF

Anne Plourde

plourde.anne@courrier.uqam.ca

Introduction

Les CLSC, un échec?

Une nouvelle étape dans la réforme du système de santé et de services sociaux

- ▶ Transfert de ressources des CLSC vers les GMF
- ▶ Transfert de personnel: travailleuses-eurs sociaux, nutritionnistes, ergothérapeutes, infirmières
- ▶ Deux grandes justifications

Justification 1: Sortir de l'hospitalo-centrisme

- ▶ = recentrer le réseau sur la première ligne (médecine familiale, prévention des maladies, promotion de la santé)
- ▶ = ajout de nouvelles ressources ou transfert de ressource de l'hôpital vers la première ligne
- ▶ Des CLSC vers les GMF = transfert vers la première ligne... à partir de la première ligne!

Justification 2: Les CLSC = un échec

- ▶ « Concept initial des CLSC » = faire des CLSC la première ligne principale du réseau
- ▶ Selon le ministre G. Barrette, ce projet a été un échec
- ▶ Qu'en est-il réellement?

Un retour sur l'histoire des CLSC

- ▶ Pourquoi le projet initial n'est-il pas parvenu à s'imposer?
- ▶ Quels sont les liens entre l'histoire des CLSC et les GMF?
- ▶ Quels sont les différences entre les deux modèles (CLSC/GMF)?
- ▶ Qu'est-ce que le transfert de ressources représente?

Petite histoire des CLSC



Les CLSC: un gain du mouvement syndical et populaire

- ▶ Dès 1966: le mouvement syndical revendique la création de polycliniques multidisciplinaires intégrant services de santé et services sociaux
- ▶ À partir de 1967: création des cliniques populaires par les Comités de citoyens
- ▶ 1971: création du modèle des CLSC, qui reprend plusieurs de ces revendications et innovations

Le modèle initial des CLSC

- ▶ Réseau complet de cliniques publiques de première ligne
- ▶ Porte d'entrée principale du réseau (intègre médecins de famille)
- ▶ Première ligne complète: services de santé, services sociaux, action communautaire
- ▶ Travail en équipes multidisciplinaires

Le modèle initial (suite)

- ▶ Intègre services curatifs, préventifs et de promotion de la santé
- ▶ Gestion participative (CA composés en majorité d'usagères-ers et d'employé-e-s élu-e-s)
- ▶ Grande autonomie (orientations, priorités, programmes) = pouvoir réel des CA élus

Les CLSC comme réponse à l'hospitalo-centrisme

- ▶ CLSC = le cœur de la Réforme des affaires sociales
- ▶ CLSC = les vecteurs d'une transformation du réseau (changement de culture et de pratiques)
- ▶ VS réseau dominé par les établissements hospitaliers et les intérêts des professionnel-le-s (médecins)

Les causes d'un « échec »

- ▶ Rôle de deux acteurs puissants du réseau:
- ▶ 1) Refus des médecins de s'engager dans le modèle des CLSC
- ▶ 2) Abandon rapide du modèle par le ministère de la santé et des services sociaux

1) Refus du modèle par les médecins: stratégies

- ▶ Opposition farouche aux CLSC organisée par la FMOQ:
- ▶ 1- pressions politiques sur les élus
- ▶ 2- campagne médiatique
- ▶ 3- campagne de boycottage
- ▶ 4- ouverture d'un réseau de polycliniques privées (ancêtres des GMF)

Refus du modèle par les médecins: motivations

- ▶ CLSC= menace socialiste!
- ▶ Médecins employé-e-s de l'État/salarié-e-s = perte de revenus
- ▶ Menace autonomie et liberté professionnelle/pouvoir sur leur pratique
- ▶ Médecins soumis à des CA élus... et à leurs patient-e-s!

2) Abandon du modèle par le ministère: stratégies

- ▶ Manque de volonté politique du MAS
- ▶ Dès 1974: moratoire sur la création de nouveaux CLSC et remise en question du projet (opération-bilan)
- ▶ CLSC = établissements « complémentaires » aux cliniques développées par les médecins
- ▶ Remise en question de l'autonomie des CLSC = érosion du pouvoir des CA
- ▶ Redéfinition/dépolitisation de l'action communautaire

Abandon du modèle par le ministère: motivations

- ▶ CLSC = des organisations qui « dérangent »
- ▶ Deviennent des lieux d'organisation et de mobilisation socio-politiques autour d'enjeux liés à la santé
- ▶ Mettent de l'avant une conception « populaire » et sociale de la santé
- ▶ Mobilisations/revendications pour agir sur les causes sociales de la maladie
- ▶ Réponse du ministère = « normalisation » des CLSC

CLSC vs GMF



Les GMF comme solution de rechange aux CLSC

- ▶ Création début 2000
- ▶ Aboutissement de la remise en question des CLSC
- ▶ Résoudre les problèmes d'accès à la première ligne
- ▶ Compatible avec les exigences des médecins

Qu'est-ce qu'un GMF?

- ▶ Créés à partir des cliniques/polycliniques développées en réaction aux CLSC
- ▶ Doivent répondre à trois grands critères du ministère:
 - ▶ 1) Pratique de groupe
 - ▶ 2) Heures d'ouverture étendues
 - ▶ 3) Seuils de prise en charge
- ▶ Financement accru du ministère
- ▶ Octroi de personnel

Les modalités de l'octroi de personnel

- ▶ Pas nouveau, mais auparavant limité aux infirmières
- ▶ Professionnel-le-s transféré-e-s entièrement financé-e-s par les CISSS/CIUSSS
- ▶ Employé-e-s des CISSS/CIUSSS, mais sous l'autorité fonctionnelle des médecins

Financement public / établissements privés

- ▶ GMF entièrement financés par des fonds publics
- ▶ MAIS: propriété privée des médecins
- ▶ Gestion privée de « leur » clinique par les médecins
 - ▶ Décisions concernant le fonctionnement du GMF = prérogative des médecins
 - ▶ Autres employé-e-s = sous l'autorité directe des médecins

Très peu de contrôle du ministère sur les GMF

- ▶ Très peu de contrôle sur l'utilisation des ressources publiques investies
- ▶ GMF n'ont pas à se conformer à une mission définie par le ministère
- ▶ Très peu de contrôle sur le type de pratique (prévention, patient-e-s vulnérables, etc.)
- ▶ Tente d'orienter la pratique par des mesures incitatives

Des contraintes ministérielles... qui ne sont pas respectées!

- ▶ En théorie: pouvoir des médecins limité par les contraintes du ministère
- ▶ En pratique: les tentatives d'encadrement et de contrôle des GMF sont un échec
- ▶ 2013: près de 45% des GMF ne respectent pas leur contrat et continuent de recevoir leur financement (Réjean Hébert)
- ▶ 2015: constat semblable (Vérificatrice générale)

Conclusion

Que représente le transfert de ressources?

Une menace sur l'accès aux services

- ▶ Les GMF ne livrent pas la marchandise
- ▶ CLSC: accès direct aux travailleuses-eurs sociaux par l'ensemble de la population du territoire
- ▶ GMF: accès aux professionnel-le-s par le biais du médecin + accès limité aux patient-e-s inscrit-e-s
- ▶ = menace de rupture de services pour les patient-e-s non-inscrit-e-s

Une tendance vers la privatisation et le « curatif »

- ▶ Transfert de ressources = d'une gestion publique à une gestion privée
- ▶ Perte de contrôle des citoyen-ne-s sur leurs services
- ▶ CLSC: mission de prévention des maladies, de promotion de la santé et d'action communautaire sur les causes sociales de la maladie
- ▶ GMF: vocation strictement curative



La fin des CLSC?