

Grand Débat ISS
QUI PROFITE DE LA RÉFORME EN SANTÉ?
BILAN ET PERSPECTIVES CITOYENNES
Université du Québec à Montréal Pavillon Sherbrooke,
Samedi, 28 janvier 2017

CAHIER DOCUMENTAIRE



CAHIER DOCUMENTAIRE
FORUM CITOYEN TRIPARTITE- RÉFORME EN SANTÉ
28 JANVIER 2017

ARTICLES ET PUBLICATIONS

1-Réforme de la santé : un moratoire s'impose -Lettre au Ministre- parue dans Le Devoir- 16 juin 2016 , Paul Lamarche, Marc-André Maranda, Pierre Joubert, Maria De Koninck	3
2-Compressions et réforme en santé : qui en payera le prix? Andrée Laberge, Paul A. Lamarche, Marc-André Maranda, Pierre Joubert, retraités (secteurs de la santé et universitaire).	6
3-Compressions en santé sans affecter les services à la population : Au-delà du discours, les faits. Paul A. Lamarche, janvier 2017	8
4-Une réforme à contre-courant, Marc-André Maranda, Paru dans la Gazette de la Mauricie, janvier 2017	15
5-La réforme du réseau de la santé et des services sociaux : pas une question technique mais une question générale de démocratie, Maria De Koninck, novembre 2016.....	17
6-La participation politique des citoyens : le point de vue des citoyens sur les espaces du politique. Stella Burnan, Jean-François Leclerc, Caroline Patsias	19

CAHIER DOCUMENTAIRE
FORUM CITOYEN TRIPARTITE- RÉFORME EN SANTÉ
28 JANVIER 2017

1-RÉFORME DE LA SANTÉ : UN MORATOIRE S'IMPOSE -LETTRE AU MINISTRE- PARUE DANS LE DEVOIR- 16 JUIN 2016 , PAUL LAMARCHE, MARC-ANDRÉ MARANDA, PIERRE JOUBERT, MARIA DE KONINCK

Monsieur le Premier Ministre,

Depuis l'adoption du projet de loi 10, il ne se passe pas une journée sans que des voix de tous horizons et de toutes tendances se fassent entendre, remettant en question le bienfondé de cette réforme et décrivant les tensions qu'elle suscite: citoyennes, citoyens, organismes de défense des droits, comités d'usagers, organismes communautaires, syndicats d'employés, représentants du personnel cadre et des gestionnaires, élus locaux, experts, universitaires, et médecins de plus en plus nombreux. L'opposition, devant les bouleversements sans précédent en cours dans le réseau de la santé et des services sociaux, est importante. Par ailleurs, vous n'êtes pas sans savoir que si on entend moins certaines catégories d'acteurs de ce réseau, c'est qu'ils sont dans l'incapacité d'exprimer des points de vue un tant soit peu critiques, craignant de perdre leur statut ou même leur emploi.

Trois principaux éléments de la réforme nous incitent à demander une intervention de votre part.

1. Ses fondements sociopolitiques : La réforme du ministre de la Santé et des Services sociaux ne faisait pas partie de la plate-forme électorale de votre formation politique. À plusieurs égards, elle ignore les trois premiers articles de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* promouvant les principes qui ont toujours orienté les actions du réseau, dont l'équité, la participation, la régionalisation et la responsabilité sociale. Les changements induits impliquent au minimum deux conditions présentement totalement absentes : une vision partagée par les principaux intervenants; un rythme d'implantation qui respecte les capacités des personnes et des institutions.

2. Ses fondements scientifiques : Dès les premiers instants, les experts ont exprimé leur consternation devant l'absence de fondements scientifiques permettant de justifier les changements décrétés et les façons de les réaliser. L'énormité des structures mises en place, l'uniformité du modèle de fourniture de services, la rigidité des modes de gestion et de gouvernance sont sans commune mesure avec ce qui existe et est reconnu ici comme ailleurs.

3. Le niveau de prise de décisions : La centralisation à outrance, l'ingérence dans les décisions d'instances réputées autonomes et la concentration du pouvoir entre les mains d'une seule personne, font en sorte d'imposer partout une seule vision, une seule formule, une seule méthode. Or, on reconnaît depuis longtemps que le Québec est fait de régions aux populations dotées de caractéristiques particulières et que les communautés locales ont la capacité et le droit de développer les solutions à la mesure de leurs aspirations et de leur connaissance du milieu dans lequel elles évoluent. La réforme actuelle fait fi de ces caractéristiques même si tout le monde reconnaît la nécessité d'un tronc commun de services.

CAHIER DOCUMENTAIRE
FORUM CITOYEN TRIPARTITE- RÉFORME EN SANTÉ
28 JANVIER 2017

Monsieur le Premier Ministre, pourquoi cette mise à mal du système public ? Quel type d'organisation peut gagner des orientations privilégiées actuellement ? Combien de voix devront s'élever contre le fait que l'accès aux services soit dicté par la capacité financière des individus plutôt que par celle de la collectivité ? N'est-ce pas là que mènent les coupures répétées de services et les compressions de ressources dans des secteurs pourtant névralgiques comme la prévention, les services sociaux, les services aux personnes handicapées, aux personnes et communautés plus vulnérables, les CHSLD, les CLSC et les organismes communautaires ?

Monsieur le Premier Ministre, vous connaissez bien celles et ceux qui oeuvrent dans notre système et qui n'ont jamais jusqu'ici baissé les bras, convaincus que les efforts collectifs auxquels ils étaient associés prendraient le dessus sur les lacunes du système. Vous devez prendre en compte la situation de ces milliers de travailleuses et de travailleurs qui ne sont plus en mesure de réagir tellement ils sont désorientés, sans voix pour s'exprimer, dont le quotidien est bousculé et dont l'expertise est ignorée au profit de processus rigides et de méthodes issues directement d'un paradigme comptable. Sans compter ces milliers de personnes vulnérables, en besoin de services, qui n'ont plus la même écoute, les mêmes recours, les mêmes possibilités de se faire entendre pour obtenir le minimum auquel elles ont pourtant droit.

Vous seul pouvez assurer que soient vraiment connus l'évolution des soins et services et le fonctionnement du système de santé à partir d'indicateurs simples, compréhensibles et disponibles rapidement. Vous ne pouvez pas attendre l'évaluation des résultats promise pour 2018. Nulle réforme de cette envergure ne peut en effet réussir sans un monitoring systématique et une évaluation continue et transparente des facteurs influant sur les résultats et les effets. Reposer sur l'exclusivité d'une évaluation en fin de parcours est une option largement dépassée, comme le confirme la science de l'évaluation portant sur des projets innovants et complexes, domaine, d'ailleurs, dans lequel le Québec possède une solide expertise. En 2018, il sera trop tard pour corriger les dérives que de plus en plus d'acteurs pouvant s'exprimer mettent en évidence au fur et à mesure qu'on avance dans cette entreprise. En campagne électorale, vous nous avez vendu l'idée que votre gouvernement agirait de manière différente de ses prédécesseurs, soit avec transparence et de façon démocratique. Or c'est tout le contraire qui est observé actuellement dans le secteur de la santé.

Monsieur le Premier Ministre, vous devez vous assurer que cette réforme ne cause pas de dommages irrémédiables et rassurer la population à cet effet. Vous devez imposer un moratoire à sa mise en oeuvre et confier soit à la Vérificatrice générale du Québec ou à une instance indépendante, composée d'experts et de citoyens, le mandat de porter un regard critique externe sur ce qui passe sur le terrain dans les divers services de santé et sociaux.

Il faut, dès aujourd'hui, suivre de près les conséquences observables sur l'ensemble du territoire québécois des choix qui ont été faits, notamment sur les diminutions de services observées auprès des populations vulnérables et sur la charge de travail imposée au personnel. Nous attendons du premier ministre une position ferme, claire, transparente et des gestes réinstaurant dans la gestion de notre système de santé le respect de la démocratie et celui des connaissances scientifiques.

Nous vous prions de recevoir, Monsieur le Premier Ministre, l'expression de nos sentiments distingués.

CAHIER DOCUMENTAIRE
FORUM CITOYEN TRIPARTITE- RÉFORME EN SANTÉ
28 JANVIER 2017

Paul Lamarche, professeur honoraire, Administration de la santé, Université de Montréal, ex-Sous-ministre associé au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Marc-André Maranda, ex-directeur du programme de santé publique au MSSS

Pierre Joubert, ex-directeur de la recherche et de l'évaluation au MSSS et ex-directeur de la recherche, de la formation et du développement à l'INSPQ.

Maria De Koninck, professeure émérite, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval.

CAHIER DOCUMENTAIRE
FORUM CITOYEN TRIPARTITE- RÉFORME EN SANTÉ
28 JANVIER 2017

2-COMPRESSIONS ET RÉFORME EN SANTÉ : QUI EN PAYERA LE PRIX? ANDRÉE LABERGE, PAUL A. LAMARCHE, MARC-ANDRÉ MARANDA, PIERRE JOUBERT, RETRAITÉS (SECTEURS DE LA SANTÉ ET UNIVERSITAIRE).

Le budget du Québec 2016-17 en matière de santé et de services sociaux occulte une compression nette de plus d'un demi-milliard de dollars. En effet, l'indexation accordée (2,4%) est largement inférieure à l'augmentation estimée des coûts de fonctionnement du système (4,0%). Cette compression, qui s'ajoute à celles des années précédentes, est susceptible d'avoir des impacts majeurs sur les travailleurs de la santé et les services offerts à la population. D'une part, les ressources allouées ne permettront pas de faire face aux obligations courantes, d'autre part, les réformes mises de l'avant par le ministre Barrette (particulièrement l'implantation de super cliniques) ne pourront se faire sans une réallocation des ressources disponibles. Qui donc en payera le prix?

Des secteurs « protégés ». Deux secteurs qui accaparent une part importante du budget en matière de santé et de services sociaux ne sont pas directement touchés par ces compressions : la rémunération des médecins et les médicaments. Les budgets consacrés à la rémunération des médecins ont plutôt augmenté de façon substantielle au cours des deux dernières années (6,2% par an) et, dans le budget 2016-17, \$426 millions de plus seront ponctionnés pour financer la hausse accordée. Ces données ne tiennent pas compte de la décision du Ministre de doubler les incitatifs financiers aux médecins qui pratiqueront dans les super-cliniques (GMF). Quant aux médicaments, ils représentaient en 2015 près de 20% des dépenses totales en matière de santé et de services sociaux, comparativement à 8% en 2005. Cette hausse vertigineuse s'explique en partie par le coût élevé des médicaments mais aussi par les pratiques médicales qui, elles, sont largement influencées par le marketing pharmaceutique. Or, peu d'efforts sont fournis pour contrer le phénomène pourtant bien documenté de la sur-prescription et mieux contrôler les prix souvent prohibitifs de certains médicaments.

« Déshabiller Pierre pour habiller Paul ». Pour régler le problème d'accès à un médecin de famille et, conséquemment, contribuer au désengorgement des urgences, le ministre Barrette prévoit l'implantation d'ici 2018 de 50 super-cliniques médicales (ou super GMF). Outre les incitatifs financiers accordés aux médecins, cette réforme devra se faire à même les ressources disponibles en première ligne. Concrètement, elle implique le transfert de médecins pratiquant en CLSC et de 40% des intervenants psychosociaux et paramédicaux. Non seulement cette solution, qui va dans le sens d'une médicalisation à outrance des services de première ligne, ne s'appuie pas sur les évidences scientifiques, mais elle déstructure ainsi des réseaux fonctionnels de services de première ligne et communautaires qui desservent les populations les plus vulnérables, aux prises avec de multiples problèmes sociaux et de santé physique ou mentale, qui ne sont généralement pas rejointes par les GMF déjà en place. Si les CLSC n'ont pas résolu le problème d'accès à un médecin de famille, rien ne laisse croire que les GMF y parviendront. Les études suggèrent en effet que la solution passe plutôt par une meilleure utilisation des ressources autres que médicales (particulièrement les infirmières praticiennes dont plusieurs s'exilent en Ontario à défaut de pouvoir pratiquer au Québec), et par une modification des pratiques médicales (ex. réduction des heures de pratique hospitalière des omnipraticiens). Enfin, cette réforme se fait au détriment

CAHIER DOCUMENTAIRE
FORUM CITOYEN TRIPARTITE- RÉFORME EN SANTÉ
28 JANVIER 2017

des intervenants sociaux et de la santé (autres que les médecins) dont les lieux et les modes de pratiques sont modifiés en profondeur sans préparation ni évaluation des conséquences sur les clientèles desservies. Tout laisse croire que ce sont eux, ces travailleurs bousculés et leurs clientèles vulnérables, qui paieront le prix de l'implantation des super-cliniques.

Des secteurs « déjà sous pression ». Dans ce contexte, où donc trouver les ressources financières pour faire face aux obligations courantes et aux hausses prévisibles des coûts de fonctionnement du système? Les services administratifs, qui ne représentent que 2,8% des dépenses en santé au Québec, ont déjà été largement compressés avec les fusions récentes de multiples établissements de tailles et de missions différentes. Le budget consacré à la santé publique a lui aussi subi d'importantes coupes au cours des dernières années. Conséquemment, le Québec est la province qui consacre la part la plus faible de son budget à la santé publique et à la prévention (2,8% comparativement à 5% au Canada). Les centres d'hébergement et de soins de longue durée ont aussi subi (et subiront encore) d'importantes compressions qui les amènent à recourir de plus en plus au financement privé pour maintenir leur capacité d'offrir les services requis par leurs clientèles. L'augmentation de la part du financement privé est d'ailleurs supérieure au Québec que dans le reste du Canada. Il y a bien sûr une hausse annoncée des budgets consacrés aux soins et services à domicile, mais les sommes requises seront ponctionnées d'autres programmes aux personnes âgées. Quant aux services de santé mentale, de réadaptation, de désintoxication ou offerts par les ressources communautaires aux personnes aux prises avec de multiples problèmes sociaux et de santé (itinérance, toxicomanie, santé mentale, pauvreté), qui sont les parents pauvres du système, ils subissent inévitablement les contrecoups des choix budgétaires du Gouvernement.

En conclusion. Tout laisse croire que les compressions et les réformes en cours affecteront la qualité des services offerts à la population et contribueront à l'augmentation, plutôt qu'à la réduction, des inégalités en matière de santé. Pour nous convaincre du contraire, le Gouvernement devrait clarifier ses intentions en matière de santé et de services sociaux, lever les ambiguïtés du budget 2016-17, et mettre immédiatement en place une évaluation des conséquences des compressions et des réformes amorcées sur la santé de la population, particulièrement celle des personnes les plus vulnérables.

CAHIER DOCUMENTAIRE
FORUM CITOYEN TRIPARTITE- RÉFORME EN SANTÉ
28 JANVIER 2017

3-COMPRESSIONS EN SANTÉ SANS AFFECTER LES SERVICES À LA POPULATION : AU-DELÀ DU DISCOURS, LES FAITS. PAUL A. LAMARCHE, JANVIER 2017

Introduction

Dès son arrivée au pouvoir, le gouvernement du parti libéral a octroyé une croissance du budget de la santé inférieure au coût de système, c'est-à-dire à l'accroissement requis pour continuer d'offrir la même gamme de services d'une année à l'autre. La différence entre le taux de croissance du budget et le coût de système représente au net une compression de 219\$ millions pour l'année 2104-2105, de 450\$ millions en 2015-2016 et de 247\$ millions en 2016-2017.

Le ministre Barrette reconnaît que cette différence entre les budgets accordés et les coûts de système nécessitera des choix difficiles. Toutefois il affirme du même souffle qu'il est possible de réaliser ces compressions sans affecter les soins à la population. Mais qu'en est-il réellement de la réalisation de ces compressions et de leurs conséquences ?

Méthodologie

Trouver la façon la plus crédible possible de faire le point sur les effets de la réforme Barrette n'est pas simple. Il est en effet très difficile sinon impossible d'obtenir du MSSS les informations permettant de faire le point sur les impacts de la réforme. Plusieurs chercheurs se sont fait refuser l'accès à ces banques de données.

Par ailleurs, le Ministre a aboli toutes les instances du réseau qui étaient susceptibles de procurer une lecture différente de l'évolution que celle du Ministre. On pense particulièrement au Commissaire à la santé et au bien-être ainsi qu'aux associations d'établissements. Enfin, la parole du Ministre à ce sujet n'est pas des plus fiables. Sa lecture de la réalité du réseau a presque toujours été contredite par des acteurs plus indépendants comme la Protectrice du citoyen ou la Vérificatrice générale du Québec.

On a donc été contraint d'apprécier les effets de la réforme à partir de ce que les acteurs en disent dans les journaux. Par acteurs, on entend les journalistes, les éditorialistes, les intervenants du réseau mais aussi les citoyens qui s'expriment sur le sujet. On a procédé à une revue relativement systématique des articles de journaux qui traitent de la réforme particulièrement dans Le Devoir. Il est clair que cette lecture devra éventuellement être validée par des recherches utilisant des méthodologies éprouvées.

Pistes poursuivies

Trois pistes ont été poursuivies pour la réalisation des compressions dans le réseau. :

1^{ère} piste : L'ÉTALEMENT DES AUGMENTATIONS CONSENTIES AUX MÉDECINS

CAHIER DOCUMENTAIRE
FORUM CITOYEN TRIPARTITE- RÉFORME EN SANTÉ
28 JANVIER 2017

La première piste est l'étalement des plantureuses augmentations de revenus accordées aux médecins. Elles se chiffrent à près de 2,3 milliards de dollars à verser d'ici 2021-2022. En plus, les médecins recevront, au cours de la même période, les mêmes augmentations de 5,2% consenties aux syndiqués des secteurs public et parapublic.

Pour la réalisation des compressions, le ministre Barrette a échelonné sur plusieurs années le paiement de ces augmentations. La rémunération des médecins est gelée pour l'année financière 2014-2015 pour permettre au gouvernement d'atteindre l'équilibre budgétaire à court terme. D'ici 2017-2018, les médecins omnipraticiens toucheront près de 185 millions de dollars. Plus de 800 millions sont reportés aux années 2018-2019 à 2021-2022. L'enveloppe consacrée aux médecins de famille augmentera de son côté de 34% entre les années 2014-2015 et 2022-2023. Quant aux médecins spécialistes, ils toucheront 391,3 millions d'ici 2017-2018, et 908,9 millions de 2018-2019 à 2021-2022.

2^{ème} piste : LA PRIVATISATION DU FINANCEMENT DES SERVICES

La deuxième piste est la privatisation du financement des services de santé. Trois cas servent à décrire cette situation.

2.1 Financement des services médicaux

Le débat entourant les frais accessoires liés aux services rendus par les médecins a été présent au tout début du mandat du Ministre Barrette. La Loi permet aux médecins de facturer pour des médicaments et des agents anesthésiques, mais uniquement au coût réel. Dans les faits, de plus en plus de médecins chargent des frais qu'on peut qualifier d'exorbitants dans le but d'accroître leurs revenus et ceux de leurs cliniques. L'importance de cette surfacturation ne fait pas consensus. Elle peut varier entre 50 millions à 100 millions selon les acteurs. Chose certaine, elle constitue une source importante de revenus pour plusieurs cliniques.

Dès mai 2014, un recours collectif est intenté contre Québec, la RAMQ et des médecins remettant sérieusement en question la surfacturation des frais accessoires. La liste de cliniques visées par l'action collective visait initialement deux cliniques médicales. Quelque temps plus tard, la liste s'étendait à près de cinquante cliniques.

Cette surfacturation a été décriée par la Protectrice du citoyen, la Vérificatrice générale, des groupes de défense des usagers et même des associations de médecins. Elle est en contravention des Lois sur la santé et du Code de déontologie des médecins. Le Collège des médecins a révisé son code de déontologie pour préciser que ses membres ne peuvent pas réclamer des montants disproportionnés. De son côté, la RAMQ a augmenté les amendes imposées lors de facturation de frais illégaux. Mais, ce sont les règlements du projet de loi 20 qui devraient préciser ce qu'est un frais illégal.

La position et les actions du ministre Barrette à cet égard sont pour le moins surprenantes. Pour le Ministre, les frais accessoires sont là pour rester et il ne craint pas de placer le Québec dans une position d'illégalité par rapport à la Loi canadienne sur la santé. Pour lui, l'exagération ne réside pas dans le fait de facturer des frais accessoires,

CAHIER DOCUMENTAIRE
FORUM CITOYEN TRIPARTITE- RÉFORME EN SANTÉ
28 JANVIER 2017

mais bien dans la somme exigée. Avec sa Loi 20, le Ministre entend légaliser les frais accessoires imposés aux patients et les encadrer pour mettre un plafond aux frais accessoires qualifiés d'astronomiques. Se disant incapable de financer davantage publiquement les cliniques médicales spécialisées, le ministre Barrette s'apprête donc à transférer la facture aux patients en « normalisant » les frais accessoires. Il s'agit d'un exemple évident de privatisation du financement des services médicaux.

À ce chapitre, les seules actions posées par le Ministre, ont visé à légaliser les frais accessoires, mais pas leur encadrement. Le Ministre a reporté à une date indéterminée l'entrée en vigueur des articles du Code de déontologie des médecins. Il voulait s'attaquer aux frais accessoires par le biais du projet de loi 20. Le projet de loi 20 a effectivement été déposé, mais rien ne concernait les frais accessoires. Le gouvernement a donc adopté un décret qui permettait le statu quo.

Le débat s'est très rapidement terminé par l'intervention de la ministre fédérale de la santé. Elle a écrit au ministre Barrette que toute « surfacturation » subie par les patients depuis 2014-2015 fera l'objet de déductions aux paiements de transfert.

2.2 Financement de la procréation médicale assistée

La gratuité du programme de procréation médicale assistée a pratiquement fait doubler à chaque année le nombre de bébés nés via cette technologie. Après son entrée en vigueur, le taux de grossesses multiples était toujours de 17 %, contre 35 % avant le programme. En 2013, le coût du programme était de 70 millions.

Le projet de loi 20 met ni plus ni moins un terme au financement public du programme de procréation médicale assistée. La gratuité est remplacée par un crédit d'impôt qui n'est accessible qu'aux couples sans enfants et pour un seul cycle de fécondation *in vitro* (FIV). Il couvre de 20 à 80 % des coûts, selon que le revenu familial oscille entre 120 000 \$ par année et 50 000 \$. Le gouvernement espère ainsi économiser 47 millions par année.

L'abandon de la gratuité des traitements de fécondation « *in vitro* » a fait baisser la demande de l'ordre de 40% à 50%. Cette baisse de la demande menace la survie des cliniques autant privées que « publiques ». C'est le cas pour la clinique de procréation assistée du CHUM qui fut ouverte en 2011 au terme d'investissements publics de 16 millions de dollars. C'est aussi le cas de certaines cliniques privées.

Après avoir aboli la gratuité de la fécondation *in vitro*, Québec s'apprête à abolir le financement public des médicaments nécessaires pour ces traitements. Les assurances privées feront aussi de même. Les assureurs privés sont obligés d'offrir tous les médicaments qui sont sur la Liste des médicaments remboursés par Québec. Si Québec retire un médicament de sa liste, l'assureur privé le fera aussi.

Pour permettre aux couples infertiles de se payer un traitement de fécondation *in vitro*, les cliniques privées établissent des partenariats avec des banques pour offrir des options de financement rapides. Les plans de financement sont devenus la norme dans les cliniques de fertilité privées. Les taux d'intérêts chargés varient entre 13,5% et 20,0%.

CAHIER DOCUMENTAIRE
FORUM CITOYEN TRIPARTITE- RÉFORME EN SANTÉ
28 JANVIER 2017

L'Association des couples infertiles dénonce ce « *poids additionnel* » que le gouvernement du parti libéral fait porter aux couples infertiles et tout particulièrement aux plus démunis.

2.3 Financement des médicaments

Pour réaliser les compressions, le ministre Barrette a aussi amputé de 12 % à 18% les honoraires que les pharmaciens propriétaires reçoivent de la RAMQ. Cela signifie une réduction de 147 à 177 millions \$, selon la source.

Pour épargner sur les coûts d'achat des médicaments génériques, Québec propose aussi de lancer des appels d'offres. L'Association québécoise des pharmaciens propriétaires craint que cette mesure leur fasse perdre les ristournes que les compagnies pharmaceutiques leur offrent pour mettre leurs produits sur les tablettes.

En 2012, le gouvernement du Québec a limité ces ristournes à un maximum de 15 % de la valeur de vente du médicament. En 2013, les pharmaciens propriétaires ont de la sorte obtenu 152 millions \$ sous forme de ristournes. Les pharmaciens comptent d'autant plus sur ces ristournes qu'ils espéraient d'ailleurs les voir augmenter, en échange des compressions de 400 millions \$ imposées sur leurs honoraires. Ils espéraient que Québec déplaçonne ces ristournes.

Le ministre Barrette a publié un projet de règlement qui vise à suspendre, pour une période de trois ans, la limite maximale de 15 % de ces ristournes. De son côté, l'Association canadienne du médicament générique veut éviter le déplaçonnement complet de ces ristournes de crainte que cela incite les compagnies pharmaceutiques à agir sans retenue. Des ristournes allant jusqu'à 80 % ont été observées dans certaines provinces canadiennes. Une analyse réalisée par le ministère de la Santé révèle que ce déplaçonnement va faire augmenter les coûts des médicaments génériques.

C'est sur la base du déplaçonnement de ces ristournes qu'une entente de principe est intervenue entre Québec et l'Association des pharmaciens propriétaires. Mais, le règlement sur ce déplaçonnement n'est toujours pas en place. L'Association des pharmaciens propriétaires demande donc que les compressions cessent jusqu'à la mise en force du déplaçonnement. Le litige se poursuit. Même si les conséquences précises sont encore inconnues, ce déplaçonnement constitue donc un transfert du financement d'une partie du coût des médicaments génériques du public vers le privé.

3^{ième} piste : COMPRESSIONS DE SERVICES

La troisième piste est la compression des services. Les services administratifs ont possiblement été les plus affectés. Ils l'ont été de deux façons. La première est l'abolition de postes. À la fin de mars 2015, on a estimé que 6000 postes ont été abolis entraînant des économies de 220 millions de dollars. Ces économies n'ont toutefois jamais été confirmées. La deuxième façon est la réduction de la rémunération des cadres. La classe de quelque mille gestionnaires a été revue à la baisse entraînant du jour au lendemain une diminution de leur revenu annuel de 5000 à 15 000 \$. Ceci devait permettre de dégager des économies annuelles de 7 à 10 millions, sans compter que les heures supplémentaires des gestionnaires ne sont pas payées, même si 93 % d'entre eux dépassent leurs 35 heures hebdomadaires. Par ailleurs, la semaine

CAHIER DOCUMENTAIRE
FORUM CITOYEN TRIPARTITE- RÉFORME EN SANTÉ
28 JANVIER 2017

« compensatoire » de congé qui était accordée en échange des heures supplémentaires a été abolie par le ministre Barrette. Ils devaient perdre aussi la « clause remorque », c'est-à-dire la hausse salariale de 5,25 % accordée aux syndiqués d'ici à 2018. Rappelons que cette clause a par ailleurs été accordée aux médecins.

Les activités de santé publique ont aussi été disproportionnellement touchées par les compressions, le budget annuel ayant été amputé de 30 %. Concrètement, les directions régionales de santé publique ont dû se départir de près d'un employé sur trois. Le Ministre est convaincu que les services ne seront pas touchés.

Dans les faits, aucune des missions de santé publique n'a été protégée, même le volet protection n'est pas épargné. Québec a ainsi coupé le tiers des 26 dentistes qui œuvrent en santé publique à travers le Québec. Bien que recommandé par les scientifiques, on a cessé d'épandre des larvicides pour prévenir la transmission du virus du Nil occidental (VNO). Plusieurs craignent aussi pour des programmes permettant aux femmes enceintes pauvres d'avoir accès à des aliments de base comme le lait et les œufs et supportant des marchés ambulants qui rendent fruits et légumes accessibles dans les quartiers défavorisés.

Les compressions à la santé publique sont imposées pour des raisons financières. Mais leur ampleur, repose davantage sur des raisons idéologiques. Le gouvernement libéral voit la santé publique comme un problème plutôt qu'une solution. Des prises de positions sur l'amiante, le casino virtuel ou l'échangeur Turcot peuvent aller à l'encontre des intérêts du monde économique qui appuie le Parti libéral. Les prises de position de la santé publique sont généralement très mal vues même si elles sont basées sur des données scientifiques. Pour le gouvernement libéral, c'est faire de la politique. Le Ministre Barrette a dit à plus d'une reprise, « Si vous voulez faire de la politique, mettez votre face sur un poteau ».

Le ministre Barrette souhaite également revoir la Loi sur la santé publique. Les professionnels de la santé publique voient cette révision comme une menace. Ils craignent que la prise de parole indépendante qui leur est garantie par la Loi ne soit supprimée. Le gouvernement ne veut plus rien entendre des spécialistes en santé publique. L'air du gouvernement Harper souffle bel et bien sur le Québec alors qu'on a bien vu ce que donnent les politiques conservatrices avec le contrôle de la science et des scientifiques.

Mais les coupures de services ne s'arrêtent pas là. Elles touchent principalement les services sociaux et surtout les clientèles les plus vulnérables. La Protectrice du citoyen considère que la preuve est maintenant faite que l'équilibre budgétaire a été atteint au prix d'une réduction des services directs à la population. Des personnes sont ainsi privées de services auxquels elles ont droit et dont elles ont cruellement besoin. La Protectrice s'inquiète tout particulièrement des « personnes vulnérables » qui sont, selon elle, les principales victimes de ces compressions. Elle fait référence notamment aux personnes âgées, handicapées ou malades, de même qu'aux élèves en difficulté qui présentent des troubles du spectre de l'autisme.

De son côté, le Commissaire à la santé et au bien-être s'alarme de l'effritement des services. Lui aussi remarque que les plus vulnérables écopent davantage : les personnes en situation de handicap ou celles ayant une déficience intellectuelle ou physique qui requièrent des services sociaux variés. Déjà sous-financé, ce secteur est souvent la première victime des vagues de coupes.

CAHIER DOCUMENTAIRE
FORUM CITOYEN TRIPARTITE- RÉFORME EN SANTÉ
28 JANVIER 2017

Les journaux ont publié d'autres exemples des compressions sur les services : coupes à l'aide sociale pour les toxicomanes; réduction des effectifs psychosociaux à Ste-Justine; fermeture d'une vingtaine de centres de jour pour personnes âgées; coupes dans les résidences pour personnes handicapées.

Conclusion

Le gouvernement libéral a imposé d'importantes compressions au réseau de la santé et des services sociaux. Le ministre Barrette a toujours affirmé qu'il était possible de réaliser ces compressions sans réduire les soins offerts à la population.

Nous n'avons pour le moment aucune idée du degré de réalisation de ces compressions. Nous savons que le budget du gouvernement est maintenant en surplus. Il est clair que le budget de la santé et des services sociaux a été amputé de façon importante. Mais, le budget n'est pas les dépenses. L'écart entre le budget et les dépenses est le déficit. Nous ne connaissons pas l'état des dépenses. Ont-elles augmenté ou diminué ? Pour quels services : administratifs, santé publique, services hospitaliers, services à l'enfance, aux personnes handicapées et aux personnes âgées ? Nous ne connaissons pas l'ampleur des déficits du réseau de la santé et des services sociaux.

Trois pistes ont été utilisées pour réaliser ces compressions. La première est l'étalement des plantureuses augmentations accordées aux médecins. Leur rémunération est gelée pour l'année financière 2014-2015. À court terme, le gouvernement a pu atteindre l'équilibre budgétaire. Mais, 1,7 milliard doit être versé après 2017-2018. Dans le langage populaire, on dit « pelleter par en avant ». On veut nous faire croire que nous sommes en équilibre budgétaire en mettant des dépenses sur la carte de crédit. La question qui se pose maintenant est simple : quels sont les services qui devront éventuellement être coupés pour payer les importantes augmentations consenties aux médecins ?

La deuxième piste est la privatisation du financement de plusieurs services dont les services médicaux, la fécondation in vitro et les médicaments. Les actions posées n'ont pas toutes donné les résultats escomptés par le Ministre Barrette. C'est certainement une piste que le Ministre va poursuivre avec plus d'intensité.

Ces transferts du financement des services de santé du public vers le privé sont fondés sur l'incapacité de l'État à assumer ces coûts. Ils reposent sur le postulat que les individus ont la capacité de payer pour ces services. C'est comme si la capacité financière de l'État était indépendante de celle des individus. Or, tel n'est pas le cas. La capacité financière de l'État dépend essentiellement de celle de l'ensemble des individus. Si l'État n'a plus la capacité financière de payer, les individus ne l'ont pas non plus. Si les individus ont cette capacité, l'État aussi pourrait l'avoir. Le tout dépend du mode de financement choisi. Si le mode de financement privé est choisi, c'est davantage pour des raisons idéologiques que financières. Si les individus n'ont pas la capacité financière, leur transférer le financement de ces coûts aura indéniablement des impacts négatifs sur l'accès à ces services et surtout pour la population la plus démunie.

La troisième piste est la compression des services. Oui !! Il y a eu des compressions de services. Ceux qui semblent avoir été les plus touchés sont les services administratifs et la santé publique. Nous ne connaissons pas leur ampleur exacte. Contrairement à ce qui a été annoncé, les compressions ont touché les services directs à la population. Ce

CAHIER DOCUMENTAIRE
FORUM CITOYEN TRIPARTITE- RÉFORME EN SANTÉ
28 JANVIER 2017

sont les services sociaux et communautaires qui ont été ciblés et surtout ceux destinés aux populations les plus vulnérables : personnes en situation d'handicap ou de déficience intellectuelle ou physique, personnes âgées, de même que les élèves présentant des troubles de l'autisme. Encore-là nous ne connaissons pas leur ampleur. Mais nous savons qu'elles ont été importantes.

Depuis peu, le gouvernement Couillard met de l'argent dans le système de santé presque uniquement dans les services spécialisés : Échographies, résonance magnétique, tomodensitométrie, endoscopie et salle d'opération. Ce faisant, il consolide encore plus le volet médico-hospitalier du système de santé québécois plutôt que de le diminuer comme le suggère un nombre important d'experts du domaine.

CAHIER DOCUMENTAIRE
FORUM CITOYEN TRIPARTITE- RÉFORME EN SANTÉ
28 JANVIER 2017

4-UNE RÉFORME À CONTRE-COURANT, MARC-ANDRÉ MARANDA, PARU DANS LA GAZETTE DE LA MAURICIE, JANVIER 2017

Ex-directeur du programme de santé publique au ministère de la santé et des services sociaux

À plusieurs égards, l'actuelle réforme du réseau de la santé et des services sociaux est en profonde rupture avec l'évolution qu'a connue le Québec dans ce domaine depuis près de cinquante ans. Elle est même en forte contradiction avec les principes énoncés à l'article 2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux que, manifestement, le ministre Barrette n'a pas lu ou n'a tout simplement pas compris.

Une question se pose : cette réforme met-elle en place les conditions susceptibles d'améliorer l'accès, la qualité et la continuité des soins et des services à la population ? Le porteur du discours gouvernemental affirme que oui. Les principaux acteurs de ce réseau ainsi que la plupart des analystes pensent toutefois le contraire. En attendant les statistiques qui viendront l'infirmier ou le confirmer, les changements entrepris au niveau de l'organisation générale des services apportent de sérieux motifs d'inquiétudes.

En premier lieu, les organisations issues de l'entreprise de fusion et de reconfiguration, de par leur taille tout autant que par le type de gestion qu'on y pratique, sont devenues d'énormes machines. La recherche d'efficacité y devient l'impératif premier, reléguant loin derrière la réponse aux personnes qui ont besoin de soins, de services, d'aide et de soutien. Plus particulièrement en région, la complexité des structures et l'éparpillement des infrastructures viennent amplifier la perte de contrôle sur les ressources de la communauté et accentuer la démobilité des intervenantes et des intervenants qui y oeuvrent.

Deuxièmement, la très forte centralisation du pouvoir aux mains du ministre décourage l'initiative et favorise des mesures uniformes non-respectueuses des communautés locales. Une telle concentration permet d'imposer une vision qu'on croyait pourtant révolue, celle médico-centriste inspirée des modèles privés américains alors que l'exemple des systèmes à dominance publique des pays scandinaves, de loin plus performants et égalitaires, est largement plus convaincant.

Enfin, les lourdes compressions budgétaires imposées à de larges secteurs du réseau sont présentées comme des économies alors qu'il s'agit, dans la majorité des cas, de désinvestissements dans la prévention et dans les services à des groupes de populations plus vulnérables. Plutôt que des améliorations, on pose des embûches à l'accès et à la qualité des services ainsi qu'à la disponibilité des ressources.

Face à cette réforme, il n'existe désormais aucune autre option que celle de redonner une voix, une place et l'exercice de responsabilités, au sein d'organisations locales à dimension humaine, à des personnes représentant la population civile, la population qui utilise les services ainsi que les communautés où elles vivent.

CAHIER DOCUMENTAIRE
FORUM CITOYEN TRIPARTITE- RÉFORME EN SANTÉ
28 JANVIER 2017

CAHIER DOCUMENTAIRE
FORUM CITOYEN TRIPARTITE- RÉFORME EN SANTÉ
28 JANVIER 2017

5-LA RÉFORME DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX : PAS UNE QUESTION TECHNIQUE MAIS UNE QUESTION GÉNÉRALE DE DÉMOCRATIE, MARIA DE KONINCK, NOVEMBRE 2016

Le 10 novembre dernier, se tenait un important événement de réflexion, au cours duquel Mme Michèle Stanton-Jean, Messieurs Christian Nadeau et André-Pierre Contandriopoulos, étaient invités à présenter leurs points de vue sur les principes et enjeux éthiques en cause dans la réforme du réseau de la santé et des services sociaux. Cet événement était organisé grâce à la collaboration de l'Institut d'éthique appliquée de l'Université Laval.

Voici quelques-unes des idées et pistes de réflexion soulevées par ces trois experts et par des membres de l'auditoire.

La complexité des enjeux soulevés par une réforme de cette ampleur. Les valeurs en cause dans la réforme devraient être celles, partagées par la société québécoise, telles qu'énoncées dans l'article 2 de la Loi sur la santé et les services sociaux : accessibilité, équité, démocratie -qui se traduit par une participation citoyenne et celles des groupes concernés directement par la réforme- respect des droits de la personne, efficience, efficacité et sécurité. L'équilibre entre ces différentes composantes d'un cadre éthique est manifestement complexe, car une tension existe entre elles, tension que toute entreprise de réforme se doit de reconnaître. Pour résoudre cette tension et faire les bons choix, un dialogue social, auquel sont conviées les différentes parties en cause, devient nécessaire. Dans la mise en place de la réforme, ce dialogue n'a pas eu lieu.

La complexité des enjeux ne devrait pas être passée sous silence. Lorsqu'elle l'est, il est plus facile d'adopter des solutions simplistes, « mur à mur », enrobées d'un discours démagogique. L'analyse des enjeux, tenant compte de leur complexité, doit s'appuyer sur la participation éclairée des acteurs et de la population et utiliser les connaissances scientifiques acquises permettant d'y faire face. Les enjeux sont complexes parce que le système de santé joue un rôle multidimensionnel et déterminant dans notre société et que ce rôle s'articule avec celui d'autres systèmes, tel celui de la sécurité sociale. Les décideurs devraient reconnaître « l'interdépendance des droits » dans la conduite d'une réforme comme celle qui est en cours. Un effort concerté et consensuel est donc nécessaire avant la prise de décisions qui doivent reposer sur de solides assises scientifiques. Malheureusement, il est plus facile de discuter des enjeux techniques de la gestion des ressources publiques, tels les modes de fonctionnement, que de leur raison d'être.

La question qui doit présider aux débats et orienter les décisions est celle de la finalité du système de santé et de services sociaux. Quelle est cette finalité ? Au Québec, jusqu'ici étaient valorisés : un accès universel et équitable à des soins et des services de qualité, ce qui signifie que lors d'épisodes de vulnérabilité, toute citoyenne ou citoyen puisse avoir accès à des soins humains, pertinents, complets et sécuritaires. Pour réduire l'incidence des épisodes de vulnérabilité, on sait qu'il faut miser sur la promotion de la santé et favoriser les conditions de vie en assurant le maintien. Des connaissances sur les meilleures pratiques et celles à éviter sont disponibles pour toutes ces dimensions.

CAHIER DOCUMENTAIRE
FORUM CITOYEN TRIPARTITE- RÉFORME EN SANTÉ
28 JANVIER 2017

Est-ce à dire que doivent être négligées les préoccupations concernant l'allocation des ressources dans l'ensemble des programmes et secteurs d'activité émanant de l'action des pouvoirs publics ? Il paraît évident que l'État a une responsabilité sociale globale et se doit d'allouer les ressources de façon démocratique et efficiente. Dans ce contexte, quelles règles peuvent soutenir l'État dans ses décisions ? Une approche démocratique, l'adoption de la transparence comme valeur organisationnelle, la rigueur et l'utilisation des connaissances acquises sont d'emblée celles qui devraient prévaloir.

On sait depuis longtemps que pour répondre aux besoins, il faut écouter celles et ceux qui les ressentent. On sait aussi que l'intégration des services, en les rapprochant des citoyennes et des citoyens, favorise une approche humaine,

l'offre de services pertinents, de qualité, respectueux et continus. Cela s'appelle, mettre le patient au centre des soins. Une telle intégration des services prend forme avec le travail interdisciplinaire, produit de la démocratie et de la recherche de l'efficacité. Pourquoi choisir autrement, sans démocratie et à l'encontre de ce que l'on sait ?

Qu'en est-il de l'avenir de notre système de santé et services sociaux ? Deux éléments méritent d'être rappelés. Le premier est la difficulté pour de nombreux intervenants et intervenantes, qui se disent à bout de souffle et qui cherchent des solutions pour rencontrer les exigences éthiques de leurs professions, placés dans un contexte où cela semble parfois impossible, et où la taille des organisations, résultant de la réforme, est un facteur de démobilité et d'éloignement de la participation aux décisions. Le second est la difficulté pour l'ensemble des groupes concernés, à différents titres, de mener un véritable débat politique (au sens noble du terme) sur les finalités de notre système de santé et services sociaux et sur les véritables enjeux de la réforme. Pour contrer ces difficultés, il faut convenir collectivement d'objectifs à atteindre. D'une part, il faut arriver à mobiliser l'ensemble des personnes oeuvrant dans le système et qui, dans le cadre actuel, se retrouvent dans des couloirs parallèles lorsqu'il s'agit de prendre la parole sur leur vision, leurs expériences et les outils qu'ils estiment nécessaires pour répondre aux besoins de la population.. D'autre part, il faut aussi concrétiser la mobilisation citoyenne et forcer un débat sur le système au-delà d'un paradigme comptable, de la partisanerie politique et de la démagogie.

Pour contrer l'orientation actuelle choisie unilatéralement, nous devons rassembler nos forces pour permettre une véritable participation collective à la définition de l'avenir de notre système de santé et de services sociaux. Nous devons rappeler quelles sont les grandes valeurs qui donnent un sens à notre vie collective et définir comment elles doivent prendre forme dans ce système, « un miroir de notre société ». La mobilisation des forces vives oeuvrant dans le système, dans les regroupements communautaires et dans la population n'est pas une simple option, elle est nécessaire et urgente.

CAHIER DOCUMENTAIRE
FORUM CITOYEN TRIPARTITE- RÉFORME EN SANTÉ
28 JANVIER 2017

6-LA PARTICIPATION POLITIQUE DES CITOYENS : LE POINT DE VUE DES CITOYENS SUR LES ESPACES DU POLITIQUE. STELLA BURNAN, JEAN-FRANÇOIS LECLERC, CAROLINE PATSIAS

Nous avons divisé cette présentation en deux parties. D'abord, nous exposons le cadre de réflexion plus général et plus académique qui sous-tend notre réflexion. Ensuite, nous revenons de façon plus pratique sur notre expérience comme membre de comités de citoyens, sur notre vision de la démocratie et sur les difficultés que nous rencontrons dans notre volonté de la mettre en pratique.

I. L'objectif de notre travail et ses fondements théoriques

Face au diagnostic unanime d'une baisse de la participation, les étologies divergent. Certains y voient les symptômes d'un désintérêt à l'endroit du et de la politique, d'autres le signe de sociétés égoïstes désormais « ingouvernables ». Ces analyses qui ne sont pas dénuées de tout fondement normatif partagent la même faiblesse, elles oublient de questionner le rapport au politique des citoyens et les lieux qui façonnent un tel rapport. Supputer l'égoïsme des citoyens atteste d'une portée heuristique faible, la véritable question consiste à se demander les fondements de cet « égoïsme » et des oppositions des citoyens à certaines réformes. Cette question est d'autant plus pertinente que les sociétés démocratiques contemporaines sont marquées par l'affirmation de la « vie ordinaire » et un renversement des valeurs hiérarchiques qui ont fondé le politique (Taylor, 1989) ; certains évoquent encore des sociétés du « care » où la démocratie se dissémine dans la société civile, « les modalités de l'expression citoyenne se diversifiant (Rosanvallon, 2008). Ces changements invitent à explorer davantage les conceptions et les pratiques du politique des citoyens. Plutôt que de déplorer la fin du politique et une dépolitisation des citoyens, nous faisons l'hypothèse qu'il vaut mieux chercher le politique là où il se trouve à savoir dans des formes et des lieux qui ne se limitent plus à ceux de la politique traditionnelle mais empruntent également à la sphère privé ou civile. L'étude des mouvements écologistes et féministes a déjà attiré l'attention sur les ré-articulations entre sphère privée et publique. Plus récemment, la commission électorale britannique a estimé que près de quinze millions de conversations politiques se tenaient chaque jour dans le pays hors des institutions (Bentley, 2005). Néanmoins, la majorité des travaux sur le désintérêt politique n'a pas interrogé la façon dont les processus de politisation peuvent également relever d'expériences extérieures au politique stricto-sensu. Cantonnant l'étude de la politisation aux instances institutionnelles et au système politique, les analyses ignorent ainsi les conséquences possibles d'une « privatisation » du politique sur la formulation du politique.

Nous sous-entendons que la façon de discuter des enjeux de façon politique ou au contraire en évitant toute dimension politique est fonction des contextes dans lequel se retrouvent les citoyens. Nous avons donc souhaité examiner quand et comment les citoyens parlent politiques ou au contraire évitent une discussion politique sur certains enjeux. Notre étude postule que la vie publique se produit entre des individus, dans les relations et ne se limite pas à l'expression d'une opinion politique lors de son sondage par exemple. Comme le souligne non sans ironie, la politologue Eliasoph, il s'agit d'une opinion recueillie en privée, qui ne peut montrer les processus de politisation et la façon

CAHIER DOCUMENTAIRE
FORUM CITOYEN TRIPARTITE- RÉFORME EN SANTÉ
28 JANVIER 2017

dont les citoyens transforment leurs discours selon les contextes et forgent leurs idées et leurs rapports au politique dans des situations concrètes. Etre dans un groupe n'est pas neutre, nous ne sommes pas les mêmes selon les groupes que nous fréquentons. Il faut donc se demander ce qu'implique aux yeux des membres d'un groupe, le fait d'en être membre ? Quel genre de silence ou de parole est considéré comme approprié dans ce contexte ? Cette parole ou ce silence revêtent-ils un caractère politique ou œuvre-t-il à une politisation des situations vécues ?

La politisation implique un certain type de discussion et de relations à autrui. Certes, elle peut engager un rapport explicite aux institutions politiques mais elle ne se limite pas au fait d'interpeller les représentants politiques sur une question. Les processus de politisation reposent sur une montée en généralité, corollaire de la recevabilité de l'argument dans la sphère publique moderne marquée par un discours legalo-rationnel (Weber.). Cette montée en généralité implique une désingularisation de la cause, en clair, il s'agit de passer du je de l'individu ou de la communauté qui s'exprime à un nous potentiellement inclusif voire universel (Boltanski, Boltanski et Thévenot). Cette désingularisation s'appuie sur deux processus. D'une part, la conflictualisation des enjeux, avec la construction ou la mise en exergue de clivages (Boltanski et Thevenot ; Duchesne et Haegel, 2006 ; Duchesne et alii, 2003). D'autre part, l'invocation de principes de justice qui ouvrent à une discussion orientée vers l'esprit public, pour reprendre l'expression de Pitkin (Eliasoph, 2010 ; Pitkin, 1981). On peut distinguer des variantes chez les auteurs ainsi, là où le courant européen et particulièrement français met davantage en avant la conflictualisation, le courant américain insiste davantage sur une argumentation fondée sur le principe de justice. Néanmoins, les points de vue se rejoignent puisque c'est la dénonciation d'une injustice qui conduit à l'expression de dissensions et à la discussion des questions relevant du bien commun (Eliasoph, 2010). Par exemple, le sociologue américain Gamson (1992) distingue trois éléments qui œuvrent à la politisation des enjeux : l'indignation devant une injustice, la mise à l'agenda du problème au sein des groupes (les organisations ont la conviction que l'action collective peut changer les choses) et la constitution d'une identité (à savoir le sentiment de constituer un groupe partageant les mêmes convictions face à d'autres perçus comme ayant des valeurs et des intérêts divergents, 'nous contre eux'). Ce deuxième aspect de la notion de politisation à travers une réflexion sur la montée en généralité, ouvre aux transitions entre privé et public. La façon dont les citoyens articulent privé et public est visible entre autre dans l'utilisation de la montée en généralité, quand et où s'effectue celle-ci, avec qui ? La réponse à une telle question permet de saisir les transformations entre les frontières du privé et du public.

Ce cadre de réflexion nourrit plusieurs questions de recherche : quels sont les contextes propices à une discussion en termes politiques ? Cette discussion a-t-elle lieu dans les institutions politiques ? En clair dans les institutions réputées favoriser celle-ci ? Les citoyens parlent-ils politiques en dehors de ces institutions, comment dans quels contextes et selon quels procédés ?

II. L'expérience du comité

CAHIER DOCUMENTAIRE
FORUM CITOYEN TRIPARTITE- RÉFORME EN SANTÉ
28 JANVIER 2017

C'est ce cadre analytique qui nourrit notre réflexion sur le comité de citoyens de Parc-Extension, mais nous voudrions souligner aussi que nous sommes tous des citoyens impliqués qui espèrent œuvrer via le comité à l'implication des autres citoyens du quartier pour transformer les pratiques politiques. Cette présentation témoigne d'un premier effort réflexif, elle dresse notre bilan quant à notre action, nos efforts de mobilisation des citoyens, la façon dont nous concevons la politique et dont nous l'exerçons, essayant de 'jouer le jeu' institutionnel sans renoncer à le transformer.

Les origines du comité

Le comité est né en 2007 sous l'impulsion d'une militante très active dans le quartier et déjà impliquée dans d'autres groupes. C'est le constat des conséquences de l'absence d'une table de concertation dans le quartier le plus pauvre de Montréal qui est à l'origine de la création du comité. Cette initiative a pu profiter de la présence de personnes déjà très engagées dans le quartier, notamment dans le mouvement vert, les droits des immigrants ou la cause altermondialiste.

Les modes d'action du comité : quelle vision de la démocratie ?

L'objectif du comité est de favoriser la discussion et l'implication des citoyens. Notre organisation ne comporte pas de hiérarchie ni de porte-parole officiel, la distribution des tâches s'effectue selon les besoins et les disponibilités. À l'occasion nous formons parfois des comités spécifiques sur une thématique précise mais ces derniers doivent rendre des comptes aux réunions mensuelles. Pour l'instant nous privilégions donc un mode de fonctionnement souple lequel nous semble le plus pertinent pour encourager la discussion et la participation de tous. Nous tenons une réunion mensuelle dans un café ou restaurant du quartier, la réunion est ouverte à tous, sauf aux représentants politiques. Ces derniers peuvent y assister mais sur demande ou invitation. Nous avons eu plusieurs discussions autour de nos modalités d'action d'abord quant à la position que nous devons adopter face aux élus et par là-même quant à notre place dans la démocratie. Cette réflexion sur notre place dans la démocratie a entraîné des discussions sur la façon dont nous concevons la démocratie.

Elargir la démocratie représentative

L'arrondissement s'occupe (comme ailleurs) des soucis du quotidien des citoyens, il a des outils de consultation et de suivi, et des moyens de recevoir des plaintes. Les élus de notre arrondissement se sont montrés ouverts à nous rencontrer, néanmoins, il s'agissait pour le comité d'accomplir ici une fonction de médiation qui ne nous satisfaisait que partiellement car cette fonction s'effectuait toujours à l'abri du regard des autres citoyens, elle ne favorisait pas l'implication de l'ensemble des citoyens et l'éclosion d'un débat en termes publics. Durant notre deuxième année d'existence, nous avons décidé d'assister aux séances du conseil d'arrondissement afin d'être mieux au courant des enjeux du quartier, d'exprimer notre point de vue et de veiller à la reddition de compte. Néanmoins, nous avons été déçus à certains égards. Les séances du conseil consacraient une vision très représentative de la démocratie au sein de laquelle le citoyen exprime ses doléances individuelles ou demande des comptes via la période

CAHIER DOCUMENTAIRE
FORUM CITOYEN TRIPARTITE- RÉFORME EN SANTÉ
28 JANVIER 2017

de question, néanmoins la possibilité d'un débat normatif sur les choix politiques reste restreinte. Dans Parc-extension, certains élus disposant d'une longue expérience politique, demeurent méfiants quant à un élargissement de la démocratie représentative soit parce que celui-ci ne s'inscrit pas dans leurs pratiques traditionnelles soit parce qu'ils y voient une menace à leur légitimité. Deux éléments nous ont particulièrement marqués de ce point de vue : la rencontre avec une élue qui ne pouvait concevoir une réponse structurelle ou collective à nos demandes et un conseil d'arrondissement au sein duquel, un élu dissident qui tentait d'ouvrir un débat sur la transparence des décisions se vit accusé de favoriser le conflit et pour reprendre les mots de la mairesse : 'on ne va quand même pas faire de la politique ici'. Nous nous sommes interrogés, mais où faire de la politique si ce n'est au conseil d'arrondissement ? Les élus critiquent des citoyens 'nimby' mais certains aspects de l'organisation des séances favorisent aussi le nimbyisme.

Comment parler aux élus et où ?

Nous rencontrons aussi une autre difficulté, quel ton adopter face aux élus, comment parler aux fonctionnaires ? Nous nous sommes vite rendus compte que même bien informés, il est difficile de jouer à armes égales avec les experts, après plusieurs tentatives infructueuses, nous avons donc changé de tactique. Les fonctionnaires évoquent l'opérationnalité des projets, les décisions techniques alors que nous voulons souvent parler de la pertinence en amont du projet. Nous avons pris conscience de la nécessité d'agir en amont, mais aussi de sortir du débat technique. Si nous souhaitons développer une vision pour notre quartier, cela ne signifie pas avoir une solution à toutes nos demandes. Suite à notre propre expérience qui nous a montré le rôle de l'expertise, nous avons saisi l'importance de démocratiser le langage en demandant à l'arrondissement d'améliorer son site internet, et la documentation des décisions prises lors du conseil. À l'instar des pratiques d'autres conseils d'arrondissements nous demandons à celui de Parc-extension de fournir à côté des documents officiels une clarification en termes 'profanes' des enjeux. Nous avons créé notre propre site internet où nous exposons à l'avance les enjeux sur lesquels nous interviendrons et pourquoi ils sont d'importance pour le quartier. Nous publions aussi des comptes-rendus commentés des conseils d'arrondissement. Le site est interactif, les citoyens sont invités à donner leur avis, l'objectif étant encore de promouvoir le débat ne serait-ce qu'électroniquement. Pour l'instant, nous devons avouer que ce sont surtout les habitués qui alimentent les discussions. Enfin, nous publions également ce compte-rendu dans les journaux locaux de l'arrondissement, ces tentatives restent cependant liées à la bonne volonté des journaux. Nous souhaitons aussi être intégrés par l'arrondissement à un comité de réflexion sur la démocratie.

Jusqu'à quel point contester ?

Le conflit n'a pas divisé uniquement les élus locaux, il a aussi suscité des interrogations au sein même du groupe. Comment devons-nous nous mobiliser et jusqu'à quel point ? Était-il légitime de recourir à des manifestations ? Jusqu'à quel point pouvions-nous contester les élus ? Contester n'était-ce pas courir le risque de paraître agressifs et conflictuels ?

CAHIER DOCUMENTAIRE
FORUM CITOYEN TRIPARTITE- RÉFORME EN SANTÉ
28 JANVIER 2017

La réponse à ces questions a divisé le comité. Le meilleur exemple de cette division fut dans l'opposition du groupe au projet de campus de l'UdeM et au projet de l'école Barclay. Pour certains, l'opposition frontale via des manifestations était dangereuse pour le comité. Leur souci était à la fois de ne pas paraître comme des radicaux et des gens uniquement contestataires, incapables de proposer un projet positif. Le comité voulait donner l'image d'un groupe conscient de ses valeurs mais avec qui il était possible de 'parler et de travailler'. Nous voulions être des citoyens ordinaires pas 'des radicaux en bandanas'. De plus, certaines actions sur des enjeux très généraux par exemple l'opposition au capitalisme posaient la question du suivi des actions. Cette période fut difficile pour le comité sur le plan du membership. Les plus radicaux décidèrent de quitter le groupe, tandis que certains modérés qui souhaitaient davantage de réformes sur le long terme décrochèrent également. Avec le temps, je dirais que le comité a trouvé 'sa place' face aux élus. Il est à la fois plus engagé et plus revendicatif que sa décision dans le dossier de la gare de triage ne le laissait présager. Il a aussi su adapter son organisation. Nous avons créé des comités spécialisés libres de leurs actions dans certains domaines. Ceci dit avec le temps, nous sommes quelque peu revenus sur cette pratique. En effet, elle exclut de la discussion certains membres, les discussions sont morcelées, ensuite, elle pose le problème du suivi. Les sous-comités agissaient au nom du comité et parfois, celui-ci n'avait pas un temps de réaction suffisant pour discuter des actions entamées. Nous avons également décidé de soutenir au cas pas certaines causes 'plus générales' ou d'autres groupes, par exemple ceux issus de la mouvance altermondialiste, sans pour autant nous aligner sur les mêmes enjeux. Soutenir ici, n'implique pas s'engager dans l'action à leur côté.

Légitimité et mobilisation

Ces choix du comité font écho aux questions que nous nous posions quant à la légitimité du groupe. Dans le système de la démocratie représentative, les comités de citoyens sont toujours suspects du syndrome NIMBY. Les visions de la démocratie du comité pouvaient aller à l'encontre de la vision de certains élus selon lesquels, ils étaient les seuls détenteurs de l'intérêt général. Mais la critique des élus n'était pas le seul élément de notre réflexion, apparaître légitime et construire un consensus s'avérait difficile dans Parc-extension.

Se pose ici la question de la représentativité en termes de nombre et de qualité. Le quartier de Parc-extension est hétérogène dans sa composition, avec une ancienne immigration composée de grecs et d'italiens et une plus récente en provenance du Pakistan, de l'Inde, du Bangladesh et plus généralement de l'Asie du sud-est. Or les membres du comité sont pour la plupart blancs anglophones ou francophones de souche et plus éduqués que la moyenne des résidents du quartier. Le défi n'était donc pas seulement d'élargir la participation en termes de nombre mais de s'ouvrir à des communautés différentes. Afin d'élargir notre légitimité et de mieux connaître les desiderata des citoyens, nous avons décidé d'organiser des assemblées sur certains enjeux, l'objectif était de permettre un débat en termes politiques, de discuter de ce que nous voulions quant à notre quartier. Et la question épineuse pour nous était : Comment rejoindre ces populations différentes et particulièrement les femmes ? Ce fut un grand débat au sein du groupe. Au départ, nous recourions à des techniques classiques, des pamphlets dans les boîtes aux lettres, des affiches dans les commerces, du porte-à-porte. Cependant, nous constatons la difficulté de la mobilisation. Nous dressâmes

CAHIER DOCUMENTAIRE
FORUM CITOYEN TRIPARTITE- RÉFORME EN SANTÉ
28 JANVIER 2017

deux constats d'abord, celui des enjeux, ensuite, celui des méthodes de la mobilisation. L'assemblée qui réunit le plus de citoyens fut celle consacrée à l'économie au sein du quartier tandis que l'écologie urbaine perça moins – disons, elle perçait mais parmi les plus nantis du quartier. On retrouvait ici la césure entre l'élite de la population du quartier et les autres citoyens. Le comité n'était-il qu'un groupe de bobo de Parc-extension ? Il nous a semblé que l'écologie était un enjeu important pour l'avenir même s'il était plus difficile de mobiliser sur une telle thématique, le dossier des potagers et des jardins collectifs nous parut un bon dossier car il concernait directement les citoyens du quartier tout en ouvrant à une problématique plus générale sur l'agriculture urbaine. Un second constat concernait les méthodes de la mobilisation, nos méthodes correspondent au soubassement du monde politique occidental fondé sur l'individu et l'équité des droits entre les individus. Or force nous a été de constater que ces méthodes performaient plus ou moins bien dans le quartier. Suivant l'exemple d'autres comités, nous entendons à l'avenir essayer de passer par les églises et les leaders des groupes communautaires et religieux. Nous prévoyons aussi être plus présents lors des fêtes communautaires de notre quartier, tout en maintenant nos précédentes activités de sociabilité dans le quartier (fête des voisins par exemple). Un dernier élément concernait la langue d'usage au comité. Après discussions, et nous ne sommes pas tous d'accord sur cette question au comité, nous nous sommes prononcés sur la conservation du français comme langue d'usage dans nos réunions (avec cependant beaucoup de flexibilité), lors des assemblées de citoyens nous pouvons alterner la langue des intervenants et faire de la traduction chuchotée.

Comment nous voyons l'avenir et les défis que nous aurons à relever

La commission Charbonneau révèle une face sombre de la démocratie municipale mais pour nous elle est aussi porteuse d'espoir, à travers une réflexion et une mobilisation pour le changement. Lors des conseils d'arrondissement, nous constatons que le rapport de force a été altéré et la venue prochaine des élections contribue peut-être aussi à ce fait. Dans cette perspective, nous souhaitons réaliser une plateforme qui oriente les actions et mobilise les citoyens qui veulent se joindre à notre projet. Nous voulons prendre le temps de réfléchir sur les enjeux du quartier, dans le but de pointer des solutions concrètes mais aussi de construire une expertise citoyenne sur un plus long terme.