

GRAND DÉBAT DE L'INSTITUT SANTÉ ET SOCIÉTÉ

# Qui profite de la réforme de la santé ?

## Bilan et perspectives citoyennes



**Texte de positionnement développé dans le cadre des Grands débats  
de l'Institut Santé et société, Université du Québec à Montréal  
Novembre 2017**

**Auteurs-auteurs**

Mireille Tremblay	Professeure associée au Département de communication sociale et publique, UQAM et présidente du Forum sur la participation et l'organisation des services de santé et des services sociaux (FPOSSS).
Marc-André Maranda	Directeur du programme de santé publique au Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), lors de sa retraite en 2009.
Paul Lamarche	Professeur honoraire au Département de gestion, d'évaluation et de politique à l'Université de Montréal.
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'Institut national de santé publique du Québec.
Maria De Koninck	Professeure émérite et associée au Département de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine de l'Université Laval.
Jacques Benoît	Coordonnateur, Coalition Solidarité Santé.
Alain Hébert	Chargé d'affaires professionnelles à la Direction du développement professionnel de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ).
Chantal Marchand	Présidente-directrice générale, Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux (AGESSS).
Caroline, Patsias	Professeure agrégée au Département de science politique de l'UQAM.
Amy Ma	Représentante du Conseil de la protection des malades (CPM).
Benoit Racette	Responsable des communications, Ex aequo.
Nadine Martin	Vice-présidente, (FPOSSS).
Pierre Laurence	Vice-président, Observatoire québécois de la démocratie (OQD).
François P. Robert	Secrétaire, OQD.
Michel Cantin	Ex-président du comité des résidents du CHSLD Christ-Roi et ex-président du comité des usagers de la Vieille Capitale.

## COLLABORATIONS ET REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les personnes suivantes qui ont collaboré au Grand débat ISS sur la réforme en santé :

Laurent Trépanier-Capistran	Juriste et agent de défense de droits chez Ex aequo, lors du débat.
Michel Morel	Ex porte-parole, Réseau d'échange des comités des usagers du Québec (RÉCUQ).
Christopher McAll	Codirecteur scientifique du Centre de recherche et d'expertise de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS) au CIUSSS du Centre-sud-de-l'Île.
Gaëtan Ruest, Alain Paquet	Ex maire d'Amqui. Conseiller stratégique, équipe services conseils Rive Sud de Mallette.
Sylvie Gravel	Directrice de l'Institut Santé et société (ISS), UQAM.
Hung Nguyen	Membre du conseil d'administration, FPOSSS.
Marie-Emmanuelle Laquerre	Professeure, Département de communication sociale et publique, UQAM.
Yanick Farmer	Professeur, Département de communication sociale et publique, UQAM.

Nous remercions également pour leur soutien financier l'Institut Santé et société de l'UQAM ainsi que l'Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux (AGESSS).

## Table des matières

1- Introduction.....	5
Une demande de moratoire rejetée.....	5
Le Grand débat ISS sur la réforme en santé.....	6
Des témoignages convergents .....	7
2- La réforme en question, promesses et trahisons .....	9
3- Une accessibilité publique en décroissance .....	12
Marchandisation du système de santé et de services sociaux .....	12
Compressions budgétaires, médicalisation et privatisation.....	13
4- La gouvernance contre la démocratie .....	18
Une participation citoyenne en déclin.....	19
Les gestionnaires écartés de la gouvernance.....	19
Des changements improvisés, un personnel épuisé .....	20
Une gestion technocratique sans fondement scientifique .....	21
5- Pour sortir de l’impasse : partenariat, recherche et dialogue public .....	22
Collaborations et recherches partenariales .....	22
Démocratiser la gouvernance .....	22
Une expérimentation citoyenne à Amqui.....	25
6- Cinq dimensions critiques à surveiller .....	26
Responsabilité populationnelle ou clientélisme .....	26
La privatisation du système public.....	26
L’équilibre santé/social .....	26
Centralisation versus décentralisation.....	27
Un processus décisionnel autoritaire ou collégial.....	27
7- Le forum citoyen et les suites du Grand débat.....	29
8- Conclusion .....	31

## 1- INTRODUCTION

Dans la foulée d'une lettre adressée au premier ministre en juin 2016, considérant la gravité de la situation, des partenaires issus du milieu de la recherche, de l'intervention ou représentant les usagers et les usagères du système sociosanitaire québécois, se sont réunis afin d'évaluer les impacts de la réforme en cours, par la mise en commun des informations à leur disposition, en organisant dans le cadre des Grands débats ISS un Forum citoyen tripartite, tenu le 28 janvier 2017, à l'Université du Québec à Montréal portant sur la réforme du système sociosanitaire québécois. Le présent rapport est le fruit de cette démarche. On y présente dans les prochains paragraphes le contexte et le déroulement de la journée, alors que les sections suivantes résument l'ensemble des présentations des panélistes offrant ainsi une vision convergente tout autant qu'inquiétante de l'avenir de notre système public de santé et de services sociaux. Selon nous, au moins cinq dimensions transversales devront faire l'objet d'une vigilance particulière de la part de la société civile et des différents groupes d'acteurs concernés. Pour donner suite aux propositions des panélistes et aux délibérations du forum citoyen, un comité de suivi composé d'une dizaine de participantes et participants au Grand débat, a été mis sur pied et a formulé quelques recommandations ainsi qu'un plan de travail, qui sont présentés à la fin de rapport. Nous désirons que le système public de services de santé et de services sociaux profite d'abord et avant tout aux Québécoises et aux Québécois et soit recentré sur leurs besoins, tels qu'ils les conçoivent et sont en droit de les exprimer.

### Une demande de moratoire rejetée

Il est manifeste pour de très nombreux observateurs que la réforme ne tient pas ses promesses, comme en témoigne une lettre adressée au premier ministre, parue dans *Le Devoir*, le 16 juin 2016. Cette lettre a été rédigée par des experts du monde de la santé, Paul Lamarche, Marc-André Maranda, Pierre Joubert et Maria De Koninck, et appuyée par une quarantaine de personnes des milieux de la recherche, de l'intervention et de l'administration du système sociosanitaire québécois. Les signataires, déplorant le manque de fondements sociopolitiques, scientifiques et démocratiques de la réforme amorcée, demandaient au premier ministre d'interrompre le mouvement de réforme et de procéder à son évaluation.

*« Vous devez imposer un moratoire à sa mise en œuvre 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. »*

Comme on le sait, le premier ministre n'a pas répondu à cette requête et la réforme Barrette a poursuivi son cours malgré l'opposition importante qu'elle suscite et les réserves exprimées publiquement par de nombreux citoyennes et citoyens, plusieurs groupes de défense des droits, des comités d'usagers, des membres de conseils d'administration d'établissements de santé, des organismes communautaires, des syndicats, des associations professionnelles, des associations de personnel-cadre et gestionnaire, des élus locaux, des experts, des universitaires, des médecins. Si tant de groupes ont manifesté leur désaccord, à qui donc cette transformation majeure profite-t-elle ?

### **Le Grand débat ISS sur la réforme en santé**

S'inscrivant dans la foulée d'une série de « Grands débats » organisés par l'Institut Santé et société de l'UQAM (ISS), les membres du comité organisateur ont préparé la tenue d'un forum citoyen tripartite, ayant pour titre « Qui profite de la réforme en santé ? Bilan et perspectives citoyennes », qui a eu lieu à l'UQAM, samedi, le 28 janvier 2017. L'organisation de ce Grand débat ISS a été rendue possible grâce au soutien financier de l'Institut Santé et Société et de l'Association des gestionnaires des établissements de santé et des services sociaux du Québec (AGESSS).

Près de cent cinquante personnes, se sont inscrites à cette activité afin de tenter de répondre à la question suivante :

La réforme du réseau de la santé et des services sociaux qui visait à simplifier l'accès aux services pour la population, à contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et à accroître l'efficience et l'efficacité du réseau a-t-elle rempli ses promesses ?

Le débat que nous proposons avait pour but de dresser un bilan de la réforme québécoise du système de santé et de services sociaux sur l'accessibilité, la continuité et la qualité des services à la population, en faisant appel à la lecture de trois groupes d'acteurs représentant la population en général et plus spécifiquement les usagères et les usagers, les producteurs de services et le milieu de la recherche.

Dans le cadre de ce forum citoyen tripartite, nous avons pour objectifs de :

- cerner les enjeux majeurs, évaluer les effets de cette réforme et en faire une lecture légitime, citoyenne et crédible, relativement à la manière dont les services à la population en sont affectés;
- favoriser la réflexion sur la gouvernance démocratique et la place qu'y occupent les citoyennes, citoyens, usagères et usagers;
- jeter les bases d'une démarche collaborative et citoyenne de vigilance et d'évaluation du système sociosanitaire québécois, définir des indicateurs

- d'évaluation, des outils ou des mécanismes de veille des impacts de la réforme sur la santé de la population et le fonctionnement du système;
- convenir de stratégies d'intervention, de communication ou de recherche, susceptibles d'améliorer les services, le système de santé et sa gouvernance.

Ce Grand débat sur la réforme en santé du Québec s'est inscrit dans une perspective de délibération citoyenne. Nous souhaitons clarifier la diversité des points de vue, définir les enjeux majeurs à surveiller au cours des prochains mois et repérer des pistes d'actions collectives et citoyennes, susceptibles d'améliorer l'accessibilité, la qualité et de la sécurité des programmes ainsi que la gouvernance, l'efficacité et l'efficacéité du réseau sociosanitaire.

Après avoir entendu en avant-midi les points de vue des panélistes concernant l'impact de la réforme actuelle et leurs suggestions de stratégies de communication, de recherche ou d'actions sociales ou politiques, les participantes et les participants ont pris la parole en après-midi, dans le cadre d'un forum interactif. Ils ont recherché ensemble des pistes d'action ou de recherche et ils ont formulé des propositions stratégiques collectives et citoyennes qui seront présentées à la fin de ce rapport.

### **Des témoignages convergents**

En avant-midi, une douzaine de panélistes ont contribué à tracer les contours d'un bilan de la réforme, à partir des informations dont ils disposaient. Ils ont témoigné des points de vue de nombreux groupes représentant les usagers et les usagères, le milieu de l'intervention et le milieu de la recherche.

Pour la rédaction de ce rapport, nous avons repris et analysé la documentation qui nous a été transmise par tous les panélistes. Cette documentation a déjà été publiée soit dans le programme détaillé de la journée, soit dans le Cahier documentaire du Grand Débat, soit dans les présentations des conférenciers et conférencières. Tous ces documents sont disponibles sur le site de l'ISS (<https://iss.uqam.ca/grands-debats/>) et sur celui de l'Observatoire québécois de la démocratie (OQD) (<http://www.agorademocratique.org>).

Dans le présent rapport, nous avons analysé et regroupé les propos des panélistes en fonction de deux grandes questions, soit :

- Quel est l'impact de la réforme sur l'accessibilité, la continuité et la qualité des services ?
- Quel est l'impact de la nouvelle gouvernance sur l'amélioration du système de services sociaux et de santé ?

Le premier panel de la journée réunissait trois personnes représentant les usagères et les usagers, soit Mme Amy Ma, M. Michel Morel et M. Laurent Trépanier-Capistran. Mme Ma, représentait le Conseil pour la protection des malades (CPM), elle fait partie

du Forum aviseur de la famille à l'hôpital Montréal pour enfants depuis 2012 et elle en est la coprésidente depuis décembre 2014. Elle a été élue coprésidente du comité des usagers du Centre Universitaire de Santé McGill en novembre 2014. M. Michel Morel, retraité depuis 2013 après 25 ans dans le réseau de la santé et des services sociaux, a été président du Comité organisateur du Forum sur le développement social en 1997-1998 et directeur et rédacteur en chef de la revue Développement social de 1999 à 2006. Il est impliqué socialement dans plusieurs organisations, comme membre du CA de l'AQDR Laval-Laurentides, 1er vice-président du Comité des usagers du CSSS Laval, membre du CUCI du CISSS de Laval et porte-parole du Réseau d'échange des comités des usagers du Québec (RÉCUQ). Lors de son intervention, M. Laurent Trépanier-Capistran, juriste était agent de défense de droits chez Ex aequo qui est un organisme montréalais se consacrant à la promotion et à la défense des droits des personnes ayant une déficience motrice. Sous forme d'entrevue menée par Benoît Racette, ces trois personnes qui ont été témoins de nombreuses dérives tant sur la perte d'accessibilité aux services que sur le déni de la contribution citoyenne des comités et associations, nous ont fait part de leurs déceptions et de leurs inquiétudes concernant la réforme en cours.

Après le panel représentant les usagères et les usagers, six panélistes ont transmis le point de vue de leur groupe et ont confirmé la plupart des craintes exprimées par les citoyennes et les citoyens. Ainsi, un consensus clair est apparu.

Concernant l'accessibilité des services de grandes tendances ont été soulignées :

- la privatisation de plusieurs services réduisant l'accessibilité des services à la population, mais profitant à l'enrichissement de firmes privées;
- la médicalisation de la gamme des services au profit des services spécialisés, des corporations médicales et au détriment de la santé publique,
- la décroissance des services de première ligne, des programmes sociaux et des programmes destinés aux clientèles vulnérables, comme les personnes âgées, les personnes en situation de pauvreté et les personnes en situation de handicap.

Au chapitre de la gouvernance, centralisation, autoritarisme, absence d'évaluation et de transparence, déni de la participation citoyenne au sein des instances du réseau sociosanitaire, comités des usagers et conseils d'administration, sont autant de mesures illustrant le recul démocratique de la réforme dirigée par le ministre Barrette.

Les prochaines sections présentent les points de vue des panélistes et de leurs associations relativement à ces deux grands enjeux que sont l'accessibilité aux services publics et la gouvernance démocratique du réseau sociosanitaire québécois.



## 2- LA RÉFORME EN QUESTION, PROMESSES ET TRAHISONS

La majorité des analyses et points de vue exprimés depuis la Commission parlementaire sur le projet de loi 10 convergent, la réforme entreprise par le ministre Gaétan Barrette représente une rupture avec les grandes orientations qui ont déterminé l'évolution du système de santé et de services sociaux des cinquante dernières années. Et devrions-nous encore parler d'une réforme alors que les transformations entreprises annoncent plutôt des reculs sur la plupart des aspects qui avaient fait l'originalité du système de santé et des services sociaux du Québec ?

Jusqu'à récemment on venait de partout à travers le monde pour voir le modèle qui se développait ici : un régime public d'assurance-maladie très largement accessible, le regroupement des soins de santé et de services sociaux au sein d'un même système, des centres locaux de services communautaires implantés à proximité des communautés à desservir, une démocratisation des structures. Les changements imposés par la réforme Barrette témoignent plutôt d'une contre-réforme et trahissent des choix inspirés par une pensée néo-libérale et la poursuite d'intérêts particuliers.

On a écarté du système plusieurs des principes et des valeurs qui ont déterminé son évolution, soit tout ce qui s'inscrivait mal dans l'idéologie néo-libérale dominante actuelle. Pourtant l'article 2 de la Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux, toujours en vigueur, contient des termes que l'actuel ministre de la santé et des services sociaux semble ignorer : participation des personnes et des groupes, partenariat et partage des responsabilités entre acteurs (dont le milieu communautaire), accessibilité à un ensemble de services continus et adaptés à la situation et aux besoins des personnes, respect des particularités régionales et locales. Se pose donc ici un questionnement éthique et politique tout à fait légitime.

Ce ne sont pas des principes et des valeurs qui sont en cause. Dans l'exercice de ses fonctions, balisées par la loi sur le ministère de la Santé et des Services, le ministre Barrette entre en contradiction de manière flagrante avec l'article 3 de la Loi qui décrit certains de ses devoirs qu'il ignore : *promouvoir la participation des individus et des groupes à la détermination des moyens de satisfaire leurs besoins dans le domaine de la santé et des services sociaux (démocratie); consulter les individus et les groupes sur l'établissement des politiques du ministère de la Santé et des Services sociaux (planification); promouvoir le développement et la mise en œuvre de programmes et de services en fonction des besoins des individus, des familles et des autres groupes (équité).*

La lecture de ces deux articles de lois nous conduit à nous questionner sur la légitimité de plusieurs des actions et des orientations du ministre. Mais le problème n'est pas de nature juridique, il est plutôt politique. Depuis le début des années 70, les grandes réformes du système de santé et de services sociaux avaient été précédées d'une période de réflexions,

d'analyses et de débats qui permettaient, du moins en apparence, l'émergence de consensus parmi les principaux acteurs. Au fil des décennies qui ont précédé la réforme actuelle, de grandes orientations ont été énoncées et ont guidé les décisions et les actions dans le réseau sociosanitaire québécois : décentralisation vers les régions; équité dans l'allocation des ressources; affirmation du caractère public; renforcement de la première ligne à partir de l'espace offert par les territoires de CLSC; intégration des services; intersectorialité. Malgré leur grande pertinence, ces orientations n'ont pas résolu de manière durable les problèmes d'accessibilité aux services et d'organisation des ressources.

Adopté sous bâillon, le projet de loi 10 avait officiellement pour but le règlement de ces problèmes, sauf que les intentions affichées étaient en contradiction flagrante avec les orientations mises de l'avant au cours des décennies précédentes. Déposé quelques mois plus tard, le projet de loi 20, tout aussi vertueux en principe que le précédent, rendait encore plus explicites les visées du ministre. Selon la perspective adoptée dans ces projets de loi, le ministère de la Santé et des Services sociaux n'est plus une composante du Gouvernement du Québec. Ce ministère devient partie intégrante du réseau de la santé et des services sociaux et sa tête dirigeante.

Nous assistons à un changement radical dans la définition du rôle de l'État et d'un système public s'opposant à la vision ayant déterminé l'évolution du système québécois de santé et de services sociaux. Le Commissaire à la santé et au bien-être dénonçait la situation contradictoire dans laquelle le ministre place désormais la société québécoise, sa politique sociale, son système de santé et de services sociaux :

*« Les citoyens du Québec portent un attachement profond à leur système public de santé et de services sociaux et à son universalité. Il s'agit pour eux d'un élément de fierté citoyenne qu'il est essentiel de préserver. (...) Les citoyens énoncent plusieurs conditions devant guider les décisions relatives à la couverture publique des soins et des services. Ainsi, pour eux, toutes les personnes nécessitant des services devraient y avoir accès gratuitement et rapidement. Dans cette optique, il importe que les élus décident de politiques visant le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de tous, peu importe leur condition socioéconomique. La recherche d'efficience ne devrait pas priver du droit de recevoir des services. Or, selon des acteurs de la société civile, le caractère public, gratuit et universel du système s'érode, alors qu'il faut au contraire maintenir des services universels, accessibles et de qualité ».<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> Commissaire à la santé et au bien-être (2016). Entendre la voie citoyenne pour améliorer l'offre de soins et de services, p. 39.

Les transformations en cours de la gamme de services et de la gouvernance du réseau de santé et de services sociaux sont majeures et soulèvent des enjeux et débats publics et politiques que l'on ne pourra pas esquiver dans les prochaines années. Outre l'accès à un médecin de famille, seul objectif chiffré mis de l'avant et pour lequel on attend toujours des résultats, des dimensions fondamentales du système de santé et de services sociaux risquent d'être profondément modifiées lorsque des démarches évaluatives rigoureuses seront réintroduites et nous permettront de mieux connaître les impacts de la réforme actuelle. Il semble pourtant que de telles démarches d'évaluation, bien que reconnues comme indispensables par tous les analystes en santé, ne trouvent plus de résonance auprès du ministre. « Attendons que la transformation du réseau soit complète avant de passer des commentaires »<sup>2</sup>, disait-il.

La mise en commun des informations à notre disposition nous permet néanmoins de constater dès maintenant que la réforme a trahi les objectifs énoncés en réduisant l'accessibilité des services à la population et constitue un net recul démocratique concernant les droits de la population et des différents groupes d'acteurs de participer à la gouvernance du système de santé public.

---

<sup>2</sup> Gaétan Barrette, Le Devoir, 25 avril 2016.

### 3- UNE ACCESSIBILITÉ PUBLIQUE EN DÉCROISSANCE

Concernant l'accessibilité des services, les panélistes ont constaté et déploré la marchandisation et la privatisation du système de santé et de services sociaux, la domination et le renforcement de la vision médicale et hospitalo-centriste, le recul des services de première ligne, des programmes sociaux et de la promotion de la santé.

#### Marchandisation du système de santé et de services sociaux

Jacques Benoît, coordonnateur de la Coalition solidarité santé, lors de sa conférence et dans un texte publié dans le *Cahier documentaire du Grand débat*, nous a fait part de ses observations et de ses craintes concernant la commercialisation de la santé et la privatisation des services.

La Coalition Solidarité Santé regroupe 46 organisations, soit plusieurs organisations syndicales, communautaires, religieuses et des comités de citoyennes et citoyens. La défense des grands principes, pierres angulaires du réseau de santé depuis sa fondation : caractère public, gratuité, accessibilité, universalité et intégralité, fondent ses actions (<http://www.cssante.com/>).

À la base du questionnement des uns et des autres sur la pertinence de réviser la législation sur la santé et les services sociaux, on retrouve le facteur précipitant par excellence, soit l'état de nos finances publiques. Rigueur pour les uns, austérité pour les autres, les mots sont lancés et s'entrechoquent tant à l'Assemblée nationale que dans les médias depuis deux ans.

Avons-nous encore les moyens d'offrir tous ces services ? Notre système public actuel n'est-il pas un peu dépassé ? Pourquoi sommes-nous les seuls au monde avec une telle législation ? « Est-ce qu'il faut que ça soit l'État qui livre des services publics ? », a déjà demandé le ministre Leitaö. « Que ça soit l'État ou quelqu'un d'autre, je pense que c'est secondaire. C'est le service lui-même qui compte. Un service peut tout aussi bien être rendu par un organisme communautaire ou un privé » avait-il conclu. En effet, tant que le financement demeure public, pourquoi pas une prestation privée ? Pourquoi ne pas faire plus de place à ce privé si innovant, si performant, si... ?

Comment comprendre autrement la déclaration, à l'automne 2014, de l'ex-président du Conseil du Trésor, Martin Coiteux, voulant que « l'opération de révision des programmes dépassait largement l'objectif du déficit zéro et visait un 'repositionnement' de l'État » ? <http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/691183/services-etat-quebecois-carlos-leitao>

Ouvrir au marché le système public de santé et de services sociaux et marchandiser notre santé apparaît comme l'objectif du gouvernement, de ses ministres et du Dr Barrette !

C'est dans cette perspective que s'inscrit la déclaration du ministre Barrette en entrevue au Soleil le 2 décembre 2016 sur son plan qu'il n'avait pas dévoilé à l'avance pour éviter d'être torpillé. « Je l'ai fait à dessein [...] Les plans, c'est comme un peu la guerre. Surtout que la politique, c'est une guerre d'opinion publique. » Et il ajoutait : « Alors moi, écoutez bien, tout le monde peut bien m'écoeurer, mais je vais continuer pareil [...] Envers et contre tous. Parce que ça fonctionne. »

Et pour ce faire, le gouvernement utilise différentes stratégies, en plus de la pêche au saumon (voir <http://www.cssante.com/node/515>), auxquelles on peut rattacher les différentes lois qui, chacune joue un rôle précis dans un plan caché pour privatiser au maximum nos soins et services publics. Ces stratégies sont formulées dans un rapport de la Banque mondiale de 1997 qui faisait état des actions des divers pays pour ouvrir au marché les services publics. On peut compter au moins six stratégies :

- le défaut, (manque) volontaire de ressources;
- la décentralisation et la régionalisation;
- la dérèglementation;
- la tarification;
- la communautarisation;
- et la privatisation.

Lors de sa conférence, M. Benoît nous a démontré qu'on retrouve ces stratégies dans la réforme en cours du système de santé et de services sociaux du Québec.

### **Compressions budgétaires, médicalisation et privatisation**

Dans son article publié dans le *Cahier documentaire du Grand débat ISS*, Paul Lamarche rappelait que dès son arrivée au pouvoir, le gouvernement du parti libéral accordait une hausse du budget de la santé inférieure au coût de système, c'est-à-dire inférieure à l'accroissement requis pour maintenir la même gamme de services. 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 2014-2015, de 450 \$ millions en 2015-2016 et de 247 \$ millions en 2016-2017. Le ministre Barrette reconnaissait que cette différence entre les budgets accordés et les coûts de système exigerait de faire des choix difficiles, mais il affirmait du même souffle qu'il était 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 ? Trois pistes ont été utilisées pour les réaliser.

La première piste est l'étalement des généreuses augmentations accordées aux médecins. Leur rémunération a été 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 augmentations importantes consenties aux médecins ?

La deuxième piste c'est la privatisation du financement de plusieurs services dont les services médicaux, la fécondation in vitro et les médicaments. C'est certainement une piste que le ministre va poursuivre. Ces transferts du financement de 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, malgré les dénégations du ministre à cet effet. Les services les plus touchés apparemment sont les services administratifs et la santé publique. Nous ne connaissons pas l'ampleur exacte de ces compressions financières, ni leur impact. En dépit des promesses du ministre, les compressions ont aussi touché les services directs à la population. Ce sont les services sociaux et communautaires qui ont été ciblés et surtout ceux destinés aux populations les plus vulnérables : usagers et usagères du réseau de la santé mentale, personnes en situation de handicap ou ayant une déficience intellectuelle, personnes âgées, de même que les élèves présentant des troubles de l'autisme. Encore là, nous ne connaissons pas l'ampleur des réductions de services, mais nous savons qu'elles ont été importantes.

Depuis peu, le gouvernement Couillard réinvestit de l'argent dans le système de santé, mais surtout dans les services spécialisés : échographies, résonance magnétique, tomodensitométrie, endoscopie et salle d'opération. Ce faisant, il renforce encore plus le volet médico-hospitalier du système de santé québécois plutôt que de soutenir la première ligne et la promotion de la santé, comme le suggèrent de nombreux experts du domaine de la santé.

Dans un second article publié dans le *Cahier documentaire du Grand débat*, Andrée Laberge, Paul A. Lamarche, Marc-André Maranda et Pierre Joubert sont d'avis que les compressions et les réformes en cours affectent la qualité des services offerts à la population et contribuent à l'augmentation, plutôt qu'à la réduction, des inégalités en matière de santé. Alors que la rémunération des médecins et les dépenses en médicaments

apparaissent comme des secteurs de dépenses protégés, les services de première ligne, les programmes de promotion de la santé et les services sociaux sont en décroissance.

En effet, deux secteurs qui accaparent une part importante du budget en matière de santé et de services sociaux ne sont pas directement touchés par les compressions, soit 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 surprescription et mieux contrôler les prix souvent prohibitifs de certains médicaments.

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 se fait à même les ressources disponibles en première ligne. Concrètement, elle implique le transfert de médecins et de 40 % des intervenants psychosociaux et paramédicaux pratiquant en CLSC.

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 connaissances scientifiques, mais elle déstructure ainsi des réseaux fonctionnels de services de première ligne et communautaires offerts aux 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 groupes de médecine familiale (GMF) déjà en place. Si les CLSC n'ont pas réussi à résoudre 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 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 ces travailleurs bousculés et leurs clientèles vulnérables qui paieront le prix de l'implantation des super-cliniques.

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 réduits avec les fusions récentes de multiples établissements de tailles et de missions différentes. Le budget consacré à la santé publique a subi également d'importantes coupes au cours des dernières années. 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 supérieure au Québec en comparaison avec 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 dans d'autres programmes offerts 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.

Andrée Laberge, Paul A. Lamarche, Marc-André Maranda et Pierre Joubert affirment que si le Gouvernement du Québec veut nous convaincre que la réforme en cours contribue à l'amélioration ou la préservation de la santé de la population et des groupes vulnérables, il devra clarifier ses intentions concernant la gamme de services accessibles publiquement, lever les ambiguïtés et mettre immédiatement en place l'évaluation des conséquences que les transformations du système et les réaffectations budgétaires ont sur la disponibilité et la qualité des services.

Alain Hébert, travailleur social, chargé d'affaires professionnelles à la Direction du développement professionnel de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) a confirmé les craintes formulées par plusieurs panélistes, concernant les impacts de la réforme sur la perte d'accessibilité des services sociaux, la médicalisation et la privatisation des services de santé.

Du point de vue de l'accessibilité des services, il soulignait qu'une grande majorité des travailleurs sociaux, praticiens et gestionnaires, vivent très difficilement cette réforme et qu'ils ne croient pas que des améliorations pour la population en général, et en particulier pour les personnes vulnérables en résultent.



Les travailleurs sociaux se retrouvent souvent aux prises avec des conflits de loyauté et un questionnement éthique résultant de tensions entre certaines exigences administratives, leurs obligations professionnelles et leur désir d'intervenir adéquatement auprès des personnes dans un contexte de ressources insuffisantes. Ils observent en effet une poursuite de l'effritement des services sociaux généraux publics offerts à la population, une orientation vers le curatif au détriment de la prévention-promotion ainsi qu'une primauté accordée à la mission santé par rapport au social en plus d'une perte de lieux favorisant la participation citoyenne.

La réforme a entraîné des bouleversements structurels et administratifs majeurs dans les établissements. Dans plusieurs milieux, les changements sont implantés selon des orientations imposées et indiscutables sans que les travailleurs sociaux y soient vraiment associés. On note par ailleurs un accroissement de la bureaucratie, un éloignement des services par rapport à la communauté, une perte d'expertise au niveau de la gestion publique et de l'encadrement des services sociaux, un redéploiement du travail intersectoriel rendu plus complexe en raison de la fusion des établissements. La 'délocalisation' des travailleurs sociaux dans les GMF constitue un cas de figure illustrant les constats énoncés plus haut.

Il appert que trois logiques, qui étaient déjà à l'œuvre avant la réforme, la traversent de manière encore plus prégnante maintenant : une logique de médicalisation, une logique de compressions budgétaires et une logique de privatisation. Ces logiques s'éloignent d'une perspective du bien-être social et de l'action sur les déterminants sociaux de la santé soutenue par des politiques publiques plus structurantes. Derrière ces logiques, on trouve la pénétration toujours plus grande de la nouvelle gestion publique à l'intérieur du réseau, un rétrécissement du rôle de l'État au niveau de la santé et des services sociaux et le scientisme dans la planification et l'organisation des services.

Ceci dit, on a aussi connaissance de plusieurs initiatives et projets réalisés dans les établissements et les communautés, qui sont très intéressants et prometteurs, et ce, dans plusieurs secteurs. Mais de manière générale, la tendance observée ne nous permet guère de conclure pour le moment à un meilleur accès, une plus grande continuité et plus grande qualité des services sociaux pour la population. Il faudra cependant attendre les conclusions des recherches des prochaines années pour mieux apprécier l'impact de cette réforme qui s'inscrit jusqu'à un certain point en rupture avec les orientations ayant présidé à la création du système public de santé et de services sociaux, au début des années 1970.

#### 4- LA GOUVERNANCE CONTRE LA DÉMOCRATIE

Du côté de la gouvernance du système sociosanitaire, tous les panélistes ont souligné que la réforme résulte en un recul démocratique pour l'ensemble des citoyennes et citoyens, pour les usagères et usagers et pour les intervenantes et intervenants. Les transformations sont décidées et guidées par une seule personne, de manière unilatérale et autoritaire : le ministre Barrette. Forte centralisation du processus décisionnel, absence d'informations, très forte hiérarchisation du système, aucune consultation auprès des associations professionnelles, diminution majeure du nombre de postes représentant la population au sein des conseils d'administration des établissements, perte de pouvoir des comités des usagers... La réforme de la gouvernance du système sociosanitaire québécois réduit à néant les efforts de trois décennies visant à le démocratiser et à rapprocher les décisions des citoyennes et des citoyens « décideurs, consommateurs et payeurs » comme l'avait souligné le ministre Côté, dans sa réforme des années 90. Cette nouvelle réforme autoritaire, centralisée, technocratique s'élève contre les intérêts et droits démocratiques de la population. C'est une contre-réforme comme le suggéraient Joubert, Maranda, Lamarche et De Koninck.

Le projet actuel de transformation du réseau, mené depuis 2014 par le ministre Barrette, marque un changement radical avec les orientations privilégiées tout au long de l'évolution du système de santé et de services sociaux, et ce, depuis sa création. Ainsi, rappelons que la dite réforme rompt avec les principes clairement énoncés dans les alinéas 1, 2 et 3, de l'article no 2 de la Loi sur les services de Santé et les Services sociaux.

*Article 2 - Afin de permettre la réalisation de ces objectifs, la présente loi établit un mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières destiné à :*

*1° assurer la participation des personnes et des groupes qu'elles forment au choix des orientations, à l'instauration, à l'amélioration, au développement et à l'administration des services;*

*2° favoriser la participation de tous les intervenants des différents secteurs d'activité de la vie collective dont l'action peut avoir un impact sur la santé et le bien-être;*

*3° partager les responsabilités entre les organismes publics, les organismes communautaires et les autres intervenants du domaine de la santé et des services sociaux;*

Il y a donc une rupture avec la vision d'ensemble reposant sur une perspective populationnelle, pour privilégier le clientélisme. Rupture aussi avec la vision d'un ensemble de services de santé et de services sociaux intégrés s'inscrivant dans la continuité. Une nouvelle gouvernance a vu le jour, caractérisée par une centralisation excessive, une uniformisation dont les régions sont les premières à faire les frais et par l'adoption d'une philosophie de gestion centrée sur l'affrontement. Justifiées par un discours d'optimisation, les décisions prises jusqu'ici ont plutôt produit des compressions majeures ayant eu un impact désolant sur l'accessibilité et la qualité des services.

### **Une participation citoyenne en déclin**

Dans le cadre du premier panel citoyen de la journée, Amy Ma, Michel Morel et Laurent Trépanier-Capistran ont déploré le recul démocratique de la réforme en cours, la perte de pouvoir et de reconnaissance des comités des usagers et le manque d'information de la part de l'administration et du gouvernement. Ils ont également observé une diminution d'heures de services pour les clientèles plus vulnérables comme les personnes en situation de handicap ou les personnes âgées.

On a constaté le déclin de la participation des citoyennes et des citoyens aux conseils d'administration et aux comités des usagers. Concernant la participation citoyenne au sein des conseils d'administration, suite aux fusions des établissements, les membres ont perdu plusieurs milliers de sièges et plusieurs des nouveaux membres de CA ont affiché leur désaccord concernant la gouvernance actuelle et ont démissionné comme les journaux nous l'ont appris.

D'autres groupes comme celui des gestionnaires, celui des travailleuses et travailleurs sociaux, et le milieu de la recherche ont été écartés de la gouvernance du système de santé.

### **Les gestionnaires écartés de la gouvernance**

Chantal Marchand, présidente-directrice générale de l'Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux (AGESSS) a fait état de la lecture faite par ses membres de la réforme en cours. L'AGESSS constitue la plus grande force de représentation des gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux du Québec, comptant près de 7000 membres actifs et plus de 1000 membres retraités qui œuvrent ou ont œuvré au sein de tous les types d'établissements et composantes du réseau de la santé et des services sociaux, dans toutes les régions québécoises.

Dès le dépôt du projet de loi 10, le 25 septembre 2014, l'AGESSS a observé des irrégularités, soit l'absence de consultation et de respect des conditions de travail dans le processus législatif. L'AGESSS déplore les préjudices subis par les gestionnaires : coupures de postes, perte de flexibilité et d'autonomie nécessaires pour agir, impuissance

et essoufflement, difficulté de mobiliser les équipes de travail éloignées, changement de rôle de collaborateur à exécutant.

Les gestionnaires ont toutefois mis l'épaule à la roue et ont contribué à la mise en œuvre de la loi. Pendant l'implantation des CISSS et des CIUSSS, ils et elles ont dû mettre en place les nouvelles structures, s'adapter aux responsabilités qu'on leur a confiées, soutenir leurs équipes et tenter de maintenir la qualité et l'accessibilité des soins et services alors qu'ils vivaient beaucoup d'insécurité et d'instabilité en lien avec leur propre situation professionnelle. Ils ont souvent été laissés pour compte avec bien peu d'informations. On demande encore aux gestionnaires d'être plus performants, de donner plus de services avec moins de ressources.

Malgré les réserves exprimées quant aux objectifs de la réforme, l'AGESSS a signifié au ministre, dès le départ, sa volonté d'y collaborer et à d'y contribuer afin d'assurer une mise en place optimale tant pour ses membres que pour la population. L'AGESSS constate et déplore les éléments suivants caractérisant l'implantation de la réforme et qui sont contraires à une saine gouvernance :

- improvisation dans les décisions du MSSS;
- microgestion dans les établissements effectuée par le ministre et le Ministère;
- maintien d'une grande centralisation du pouvoir décisionnel;
- aucune place aux débats d'idées;
- confusion et manque d'information.

Malgré tout cela et au quotidien, les gestionnaires du réseau de la santé et des services sont toujours au rendez-vous pour offrir à la population des services de qualité. Ce sont des 'Gens de cœur'. Les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux œuvrent dans différents milieux et auprès de différentes clientèles. Ils sont présents dans les secteurs administratifs et cliniques. Ces gestionnaires sont des femmes et des hommes qui veillent au bon fonctionnement du réseau, à la qualité, de même qu'à l'accessibilité des soins et services à la population 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

L'AGESSS a maintes fois demandé d'être consultée et impliquée dans le déploiement de la réforme. Force est de constater qu'à ce jour, elle n'a pas reçu de réponse à sa demande.

### **Des changements improvisés, un personnel épuisé**

Alain Hébert, de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ), a fait part du point de vue des travailleurs sociaux, souhaitant demeurer prudent concernant le bilan de la réforme en santé, après seulement deux ans d'implantation. L'OTSTCFQ ne dispose pour le moment que des données empiriques, plutôt que de données issues de la recherche. Cependant, les informations à sa portée proviennent de plusieurs sources et convergent vers des constatations

confirmant ce qui était anticipé au moment de l'adoption du projet de loi 10 et allant dans le même sens que les constatations mentionnées par l'AGESSS et ses membres.

À ce jour, force est de constater qu'une grande majorité de travailleurs sociaux, tant praticiens que gestionnaires, vivent très difficilement la réforme et qu'ils ne croient pas que des améliorations profitables à la population en résultent. Les travailleurs sociaux éprouvent de plus en plus de difficulté à accomplir adéquatement leurs activités professionnelles en raison des contraintes que la réforme a accentuées ou fait émerger. Pensons ici aux charges de cas de plus en plus lourdes, aux pressions accrues pour une performance mesurée quantitativement, à la standardisation de plus en plus prononcée des pratiques.

On déplore les changements vraiment majeurs apportés au système de services sans que les travailleurs sociaux et les autres membres du personnel n'y soient vraiment associés, selon des orientations imposées, voire indiscutables, selon une approche 'top down'. Au niveau de la gouvernance, il y a accroissement de la bureaucratie, éloignement des services de la communauté, perte d'expertise au niveau de la gestion et de l'encadrement des services sociaux, une complexité accrue du travail intersectoriel.

### **Une gestion technocratique sans fondement scientifique**

Une gestion technocratique s'est substituée à une gestion qui faisait appel aux différentes catégories d'acteurs, professionnels, cadres, intervenants, engagés dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Comme le soulignait dans son allocution Christopher McAll, professeur titulaire et directeur du Département de sociologie de l'Université de Montréal et codirecteur scientifique du Centre de recherche et d'expertise de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS) au CIUSSS du Centre-sud-de-l'Île, on ne peut que déplorer l'évolution des services publics vers la bureaucratisation, la hiérarchisation des savoirs et une vision technocratique du social. Les savoirs fondés sur l'expérience professionnelle et en intervention sont largement dévalorisés dans ce contexte, ce qui se traduit par une tendance à imposer d'autorité des façons de comprendre et de faire.

Cette tendance diminue d'autant la capacité du système de répondre de manière adaptée et souple aux multiples problèmes qui surgissent dans l'univers du social. Le système se coupe ainsi de ses principales sources d'information, d'inspiration et de connaissances, tout en tendant à réduire les intervenants à des exécutants de tâches définies par d'autres. Il s'agit d'un cul-de-sac dont il faut sortir !

## **5- POUR SORTIR DE L'IMPASSE : PARTENARIAT, RECHERCHE ET DIALOGUE PUBLIC**

Pour sortir de l'impasse actuelle et redresser la situation, plusieurs panélistes ont suggéré des pistes d'action, de réflexion ou de recherche.

### **Collaborations et recherches partenariales**

Christopher McAll recommande de sortir de cette impasse par le biais de la reconnaissance, la valorisation et la mise à profit des connaissances et de cette capacité d'innovation que l'on retrouve dans les services de première ligne. C'est ici que les missions universitaires de nos établissements peuvent jouer pleinement leur rôle de documentation, d'évaluation, d'expérimentation et de démonstration pour l'ensemble du réseau. Notre capacité d'action sur la société, à travers des services publics accessibles et universels, constitue un acquis historique d'une valeur inestimable. L'expérience des CSSS centres affiliés universitaires depuis 2000 a permis aux chercheurs universitaires impliqués d'apprécier la profondeur et l'étendue des connaissances développées par les professionnels intervenant en première ligne qui sont en contact direct et quotidien avec les populations. Cette intelligence collective multidisciplinaire, associée à une capacité remarquable d'innovation et d'adaptation aux divers problèmes que vivent les populations, combinée aux savoirs expérientiels des populations concernées et aux savoirs universitaires et gestionnaires, constitue la base de connaissances sur laquelle doivent être fondés nos politiques et programmes.

### **Démocratiser la gouvernance**

Caroline Patsias, professeure agrégée au département de science politique de l'UQAM, dont les recherches interrogent les transformations de la démocratie participative, la politisation et les conditions de réussite de la participation citoyenne, propose de revenir sur les objectifs, les principes et les mécanismes d'implantation de la démocratie participative, et de leur application au système de santé. Elle suggère d'initier une discussion avec les experts et les praticiens du milieu de la santé autour de la question suivante : le système de santé québécois a-t-il besoin de plus de participation citoyenne ? Et, le cas échéant, comment le système de santé québécois pourrait-il tirer profit des leçons des expériences contemporaines de démocraties participatives ? Il s'agit de s'interroger sur la façon dont de telles instances pourraient contribuer à l'amélioration du système de santé et sur les conditions favorables à leur implantation.

Selon elle, comme elle l'exposait lors de sa conférence, l'empowerment des communautés contribue à l'amélioration de la santé de la communauté dans son ensemble. Il faut penser la santé de façon holistique, car la santé favorise le développement des communautés. Le rôle d'une institution n'est pas de produire uniquement du service à travers des actes individuels, mais aussi de produire du collectif

à partir des réalités intangibles pour les citoyens, lesquelles constituent la matrice des biens collectifs locaux qui enveloppe leur vie quotidienne et leur fait apprécier leurs façons de vivre ensemble (Divay, 2009). Notre santé est un bien collectif.

Pour Maria De Koninck, PhD en sociologie, professeure émérite et associée au Département de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine de l'Université Laval, la réforme du réseau de la santé et des services sociaux soulève de nombreuses questions éthiques. Certaines de ces questions éthiques relèvent de l'absence de fondements scientifiques pouvant en justifier les orientations, comme l'ont souligné de nombreux panélistes. D'autres questions découlent de sa mise en place, qui ne respecte pas les règles habituelles en matière de changements organisationnels (expérimentation, respect des usagères, des usagers et du personnel, évaluation des processus etc.). Enfin, d'autres enjeux éthiques tiennent à l'absence de respect des principes énoncés dans la Loi sur la santé et les services sociaux, particulièrement, ceux traitant de démocratie et d'équité.

Comme l'avaient déjà souligné Michèle Stanton-Jean, Christian Nadeau et André-Pierre Contandriopoulos, lors d'un colloque tenu le 10 novembre 2016 organisé par l'Institut d'éthique appliquée de l'Université Laval (IDÉA), portant sur les enjeux éthiques de la réforme du réseau de la santé et des services sociaux, Maria De-Koninck, a rappelé que les valeurs en cause dans la réforme devraient être celles, partagées par la société québécoise, qui sont énoncées dans l'article 2 de la Loi sur la santé et les services sociaux : accessibilité, équité, démocratie, respect des droits de la personne, efficience, efficacité et sécurité. L'équilibre entre ces différentes composantes d'un cadre éthique est manifestement complexe à maintenir, 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.

Dans un tel débat, 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.

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 répondre aux 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 démobilisation 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 œuvrant 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'elles 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 « miroir de notre société ». La mobilisation des forces vives œuvrant dans le système, dans les regroupements communautaires et dans la population n'est pas une simple option, elle est nécessaire et urgente.

Toujours selon les panélistes du colloque organisé par l'IDÉA, 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, on valorisait 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 et le maintien de la santé. Des connaissances scientifiques sont disponibles concernant les meilleures pratiques et aussi celles que l'on doit éviter, tant pour la promotion et le maintien de la santé que relativement aux bonnes pratiques de gestion.

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 les règles 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, une 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'efficience. Pourquoi choisir autrement, sans démocratie et à l'encontre de ce que l'on sait ?

### **Une expérimentation citoyenne à Amqui**

Pour terminer l'avant-midi du Grand débat, par le biais d'une vidéoconférence, Gaëtan Ruest, maire d'Amqui et Alain Paquet, conseiller stratégique au sein de l'équipe des services-conseils Rive Sud de Mallette, ont fait part d'une consultation citoyenne en cours, afin d'agrèger, de diriger et de coordonner tout le système de services de santé et de services sociaux sur leur territoire. Ce projet novateur qui a suscité l'intérêt et la curiosité de plus d'un, offrirait-il une piste à explorer pour rapprocher les services des communautés ?

## 6- CINQ DIMENSIONS CRITIQUES À SURVEILLER

À l'issue, de notre démarche, cinq dimensions particulièrement critiques doivent faire l'objet de questionnements légitimes. Trois dimensions concernent l'accessibilité des services : soit la responsabilité populationnelle versus la responsabilité de clientèles, la privatisation du système public et l'équilibre entre la santé et le social.

Deux autres dimensions ont trait à la gouvernance soit la centralisation versus la décentralisation du système et le mode de prise de décisions autoritaire ou collaboratif.

### Responsabilité populationnelle ou clientélisme

À la responsabilité populationnelle, qui était en cours d'implantation au moment du retour au pouvoir du PLQ, on a substitué la responsabilité de clientèles. La différence entre ces deux modes d'organisation des services est immense et implique des conséquences pour le moins inquiétantes. Dans le cadre de la responsabilité populationnelle, on mobilisait le réseau, principalement la première ligne, autour d'une prise en considération de l'ensemble des besoins sociaux et de santé des personnes appartenant à une communauté, habitant un territoire circonscrit et mettant à contribution l'ensemble des secteurs actifs dans cette communauté. Ce modèle était particulièrement bien adapté à la situation des milieux ruraux. Avec la contre-réforme actuelle, la population se limite à la clientèle inscrite auprès d'un médecin de famille, la référence territoriale ainsi que la notion de communauté sont disparues au profit d'une démarche clientéliste, essentiellement médicale, plutôt curative et même entrepreneuriale.

### La privatisation du système public

Bien que larvée, l'entreprise de privatisation n'en est pas moins réelle. Elle s'exprime de plusieurs façons, encouragée notamment par la diminution des transferts fédéraux et les sommes démesurées à réserver pour la rémunération des médecins, en particulier des médecins spécialistes. On réoriente de plus en plus les personnes vers les cliniques privées et les super cliniques qui continuent à se développer en marge des CISSS et des CIUSSS, malgré le haut niveau de financement public qui leur est accordé. On expérimente le mode de financement à l'activité dans trois cliniques privées de la région de Montréal qui serviront de référence ultérieurement, alors que la démarche devrait être étendue à l'ensemble des établissements du réseau. Le *Lean management*, méthode directement issue de l'entreprise privée pour en accroître la productivité, est appliquée dans toutes les composantes du réseau, sans discernement ni considération pour le caractère profondément humain des services à rendre accessibles.

### L'équilibre santé/social

La médecine curative accroît sa prédominance sur l'ensemble des fonctions à être assumées par un système de santé et de services sociaux. Ce qui a été longtemps

une caractéristique originale du Québec, soit le modèle fondé sur le lien santé/social/communautaire, connaît maintenant un glissement vers le modèle médico-hospitalier classique. La prévention, déjà peu soutenue, a été fortement amputée malgré la publication d'une *Politique gouvernementale en santé*. Des missions essentielles comme la réadaptation, la santé mentale, la protection de la jeunesse ont été fragilisées et noyées au sein d'immenses structures. Les CLSC et la première ligne en général ont été considérablement affaiblis. Les organismes communautaires peinent encore plus à trouver une place à la hauteur du rôle qu'ils assument.

### **Centralisation versus décentralisation**

Alors qu'on aurait pu s'attendre logiquement à une décentralisation vers le palier local, ce que plusieurs États ont par ailleurs réalisé, le Québec s'est plutôt tourné vers une centralisation excessive, un bureau chef et des succursales régionales. On se retrouve avec des mégastructures, à peu près ingérables à moins d'être inféodées au pouvoir central, des organisations dont la taille interdit toute référence à des services de proximité. Les fusions sont présentées comme des facteurs de continuité et d'intégration des services alors que la littérature démontre que ce sont plutôt les initiatives des partenaires locaux ou régionaux qui favorisent de telles démarches, comme le reconnaissait lui-même Philippe Couillard en 2003,

*« Il y a le fait de permettre aux régions de proposer les modèles qui sont les plus compatibles avec leur réalité... on ne peut comparer un milieu rural, compact, homogène... avec un milieu urbain où les gens passent d'un secteur à l'autre... La taille d'un territoire doit tenir compte des dynamiques locales pour faciliter la responsabilité de population... Il n'est pas question d'imposer des modèles 'mur à mur', mais plutôt de donner aux milieux l'espace et la latitude pour définir leurs modes d'organisation en fonction des dynamiques locales et selon les particularités de ceux-ci... »<sup>3</sup>*

### **Un processus décisionnel autoritaire ou collégial**

La gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux fonctionne maintenant à partir d'un point de vue unique, celui du ministre, et le pouvoir est exercé de façon autoritaire. Ce n'est pas tant la manière ou le ton qui dérangent, mais bien l'absence de transparence et d'imputabilité caractérisée par un contrôle sans équivoque de l'information et des données publiques.

La critique, même documentée et rigoureuse, est éliminée comme en témoigne, entre autres mesures, l'abolition du poste de Commissaire à la santé et au bien-être.

---

<sup>3</sup> Philippe Couillard, ministre de la Santé et des Services sociaux (2003-2008). Journal des débats, Vol. 38, Commission des Affaires sociales, décembre 2003.

Les associations d'établissements, pourtant partenaires de toujours, ont été éliminées. Les réunions scientifiques où étaient présentés les résultats des travaux de recherche sur l'organisation des services, ayant pour objectifs d'assurer un suivi, de repérer les meilleures pratiques et de définir les orientations à privilégier se font rares. Aucune démarche de suivi ni d'évaluation n'est associée aux composantes de la contre-réforme. Et surtout, le ministre exerce un parfait contrôle sur l'administration des établissements et leurs conseils d'administration.

## 7- LE FORUM CITOYEN ET LES SUITES DU GRAND DÉBAT

Pour donner suite aux présentations et propositions des panélistes, les participantes et les participants au Grand débat ISS ont poursuivi leurs travaux au cours de l'après-midi, sous forme d'un forum citoyen. Le but des délibérations en forum était de disposer, en fin de journée, de six à dix « propositions stratégiques » énonçant des actions collectives citoyennes qui pourraient être prises en charge par des personnes ou des groupes participant au Grand débat ISS.

Pour ce faire les participantes et les participants devaient répondre aux deux questions suivantes :

- 1- Selon vous quel est l'enjeu principal de la réforme en cours ?
- 2- Quelle « proposition stratégique » d'action collective citoyenne, qui pourrait être prise en charge par des personnes ou des groupes participant au Grand débat ISS, recommandez-vous ?

Le forum citoyen de l'après-midi s'est déroulé en trois temps, soit une première partie d'audiences publiques pendant laquelle les participantes et les participants ont fait part de leur point de vue, à tour de rôle, à l'assemblée. Pendant la seconde partie, soit pendant le forum interactif, les participantes et les participants, regroupés en ateliers d'une dizaine de personnes, ont mis en commun leurs points de vue et rédigé des propositions stratégiques. Les propositions des ateliers ont ensuite été présentées et soumises au débat en assemblée générale, pour adoption si possible, afin d'identifier les pistes de collaboration les plus prometteuses.

À la fin de la journée une dizaine de personnes ont été élues et mandatées par les participantes et les participants au Grand débat afin de reformuler et résumer les propositions de l'assemblée et de concevoir un plan d'action. Les membres de la délégation ainsi constituée se sont réunis au printemps 2016, et ont formulé cinq propositions stratégiques citoyennes, afin de recentrer le système public sur les besoins et les aspirations des Québécoises et des Québécois, soit :

- produire un manifeste;
- organiser des États généraux;
- créer un comité tripartite (citoyens-producteurs-chercheurs);
- coaliser les groupes d'acteurs de la société civile et soutenir la communication et l'échange d'information (par exemple, via une page Facebook);
- monitorer la réforme et ses effets.

Le plan d'action convenu par les membres de la délégation, à partir des discussions et délibérations lors du Grand débat ISS, suggère à court terme les activités suivantes :

- La rédaction d'un court texte de deux pages qui reprend les éléments évoqués lors de la journée du 28 janvier 2017 et qui présente les motivations des personnes réunies à poursuivre leur collaboration. Cette proposition prendrait la forme d'un manifeste pouvant être repris par des institutions démocratiques et étatiques comme les municipalités, des ordres professionnels ou encore des centres de santé.
- Le mouvement enclenché par cette démarche doit s'élargir à d'autres partenaires. À ce titre, le parapluie sous lequel ce mouvement s'insérerait serait le Forum sur la participation et l'organisation des services de santé et des services sociaux (FPOSSS), sous réserve de l'approbation du conseil d'administration du FPOSSS. Un suivi personnalisé auprès de personnes absentes lors de cette rencontre et auprès d'autres partenaires devrait être effectué.
- Le contenu partagé par chacun doit trouver un espace numérique (notamment par Facebook) pour le partager avec tous et ainsi s'informer des travaux et des éléments concernant la question de la Réforme en santé.
- Afin d'élargir le cercle d'adhésion à une plus large couche de la population, un travail de développement et de financement d'une intervention de théâtre législatif (soit du théâtre forum qui vise aussi à modifier une ou des lois) sur la L4S devrait être entrepris.
- Pour assurer une veille sur le développement de la réforme, il faut mettre en place des méthodes de recherche-action participative pour évaluer les impacts et systématiser le travail de vigie de la réforme.

## 8- CONCLUSION

Il est difficile de trouver dans la contre-réforme Barrette un élément qui pourrait rallier positivement l'ensemble des acteurs ou une majorité d'entre eux. On ne peut ni se réjouir du démantèlement progressif du système public de santé et de services sociaux ni appuyer l'accentuation du modèle médico-hospitalier au détriment des préoccupations sociales de santé, de la prévention et de la participation citoyenne. L'accent est mis actuellement sur la quantité des interventions et la standardisation des pratiques plutôt que sur des objectifs de santé, de qualité et d'humanisation des services. Il s'agit bien d'une contre-réforme imposée à toute la population, sans tenir compte des différences et des particularités territoriales et communautaires.

Difficile aussi de mesurer toutes les conséquences sur les services à la population alors que les informations sont de moins en moins disponibles. Néanmoins, les médias font état de délais d'attente allongés, d'objectifs qui ne sont pas atteints ou carrément de non-disponibilité de services. De nombreux groupes communautaires rapportent une diminution de services auprès de personnes vulnérables. Il faudra particulièrement surveiller le taux d'absentéisme et le nombre de congés de maladie ayant pour cause des problèmes liés aux surcharges de travail. Voilà un indicateur on ne peut plus révélateur de sérieuses carences dans l'organisation générale du système.

De l'avis de M. Michel Cantin, ex-président du comité des résidents du CHSLD Christ-Roi et ex-vice-président du comité des usagers de la Vielle capitale, qui a démissionné dernièrement en même temps que tous les membres du comité de résidents pour protester contre le fait qu'ils étaient totalement ignorés depuis le début de la mise en place de la nouvelle administration, le présent rapport analyse bien les différents aspects et implications de la contre-réforme Barrette en s'appuyant sur la convergence des critiques de tous celles et ceux qui connaissent le réseau pour y être ou y avoir été impliqués. C'est cette convergence qui donne toute sa force à ce rapport. On ne peut pas gérer des centaines de milliers de personnes avec la méthode du bâton et de la carotte dont fait usage le ministre, ce qui ne fait que multiplier les confrontations.

Une réforme d'une si grande ampleur nécessite la collaboration de toutes les personnes impliquées et de tous les groupes concernés, d'où la proposition de préparer et tenir des États généraux.