



*Table des regroupements provinciaux  
d'organismes communautaires et bénévoles*

Mémoire sur le Projet de loi n<sup>o</sup> 83

*Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux  
et d'autres dispositions législatives*

présenté à

la Commission des affaires sociales

TRPOCB

Février 2005

**MÉMOIRE DE LA TABLE DES REGROUPEMENTS PROVINCIAUX D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET BÉNÉVOLES**  
**CONCERNANT LE PROJET DE LOI N<sup>o</sup> 83**  
***LOI MODIFIANT LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX***  
***ET D'AUTRES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES***

**Table des regroupements provinciaux  
d'organismes communautaires et bénévoles**  
**1, rue Sherbrooke Est**  
**Montréal (Québec)**  
**H1X 3V8**

**Téléphone : (514) 844-1309**  
**Télocopieur : (514) 844-2498**  
**Courriel : [trpocb@cam.org](mailto:trpocb@cam.org)**

## PRÉSENTATION DE LA TABLE DES REGROUPEMENTS PROVINCIAUX D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET BÉNÉVOLES

La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (TRPOCB) en santé et services sociaux constitue une large coalition formée de plus de 30 regroupements d'organismes communautaires et bénévoles actifs à la grandeur du Québec. Chacune de ces organisations coordonne et représente un nombre variable d'organismes de base, lesquels ont été mis sur pied autour d'une problématique sociale ou parce que s'intéressant à un secteur d'activité particulier relié au domaine de la santé et des services sociaux. Bien que réunissant des personnes de tous les âges et de toutes les cultures, ces derniers ont surtout en commun de rejoindre des personnes démunies, souvent discriminées et marginalisées en raison de leur sexe, de leur statut social ou des problèmes dont elles souffrent. À travers ses 34 regroupements membres, la TRPOCB rejoint plus de 2000 groupes communautaires autonomes.

La TRPOCB fonctionne depuis 1991. A titre de structure plus ou moins formelle, la Table a pris forme dans le contexte des débats et des discussions qui ont entouré la réforme du système de santé

### Liste des membres de la TRPOCB

Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (**ACCESSS**)

Alliance Québécoise des Regroupements Régionaux pour l'Intégration des Personnes Handicapées (**AQRIPH**)

Association canadienne pour la santé mentale – Division du Québec (**ACSM / division du Québec**)

Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (**AGIDD-SMQ**)

Réseau d'aide aux hommes pour une société sans violence (**À cœur d'hommes**)

Association québécoise de prévention du suicide (**AQPS**)

Association québécoise des centres communautaires pour aîné-e-s (**AQCCA**)

Association des centres d'écoute téléphonique du Québec (**ACETO**)

Association québécoise des banques alimentaires et des moissons (**AQBAM**)

Association québécoise de la Fibromyalgie (**AQF**)

Coalition des organismes québécois de lutte contre le SIDA (**COCQ-SIDA**)

Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec (**COPHAN**)

Fédération des ressources d'hébergement pour les femmes violentées et en difficulté du Québec (**FRHFVDQ**)

Fédération des associations de familles monoparentales et recomposées du Québec (**FAFMRO**)

Fédération des centres d'action bénévole du Québec (**FCABQ**)

Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (**FFAPAMM**)

Fédération des organismes communautaires et bénévoles d'aide et de soutien aux toxicomanes du Québec (**FOBAST**)

Fédération québécoise des organismes communautaires Famille (**FQOCF**)

et des services sociaux au milieu des années 1980. La mise sur pied de la Commission Rochon avait alors donné le coup d'envoi à un long processus de consultation qui, à terme, devait se traduire par une réforme en profondeur du réseau de la santé et des services sociaux. À cette époque, les travaux de la Commission ont suscité une importante mobilisation dans le milieu des organismes communautaires autonomes; ces derniers sont d'ailleurs à l'origine d'environ la moitié des mémoires qui y ont été présentés. Au fil des années, le milieu communautaire s'est doté de nombreuses structures d'action, de concertation et de représentation. La TRPOCB joue ce rôle pour les regroupements nationaux œuvrant dans le secteur de la santé et des services sociaux.

### Avant-propos

Depuis sa création, la TRPOCB a émis plusieurs avis sur différents sujets touchant l'organisation des services sociaux et de santé, principalement sur les questions relatives à la place et au rôle des groupes communautaires autonomes. À chaque occasion, nous avons insisté sur la nécessité de préserver le caractère particulier et l'autonomie de ces organisations qui, tout agissant en marge du réseau public, ont démontré leur nécessité pour des milliers de femmes et d'hommes de tous âges. Le présent mémoire s'inscrit en continuité avec ces interventions.

Par conséquent, nous ne reprendrons pas de manière exhaustive, dans le présent mémoire, les grands énoncés de principes qui sous-tendent l'action des groupes communautaires autonomes dans le domaine de la santé et des services sociaux. Toutefois, à la lumière des différentes réformes

Fédération du Québec pour le planning des naissances (**FQPN**)

Fédération québécoise des sociétés Alzheimer (**FOSA**)

L'R des centres de femmes du Québec (**L'R**)

Regroupement des Auberges du Cœur du Québec (**RACQ**)

Regroupement des cuisines collectives du Québec (**RCCQ**)

Regroupement des maisons de jeunes du Québec (**RMJQ**)

Regroupement des organismes communautaires autonomes jeunesse du Québec (**ROCAJQ**)

Regroupement des organismes de justice alternative du Québec (**ROJAO**)

Regroupement des organismes Espace du Québec (**ROEQ**)

Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (**RRASMQ**)

Regroupement Naissance-Renaissance (**RNR**)

Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale (**RPMHTFVVCQ**)

Regroupement québécois des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (**RCALACS**)

Regroupement québécois du parrainage civique (**RQPC**)

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (**RQASF**)

Regroupement d'entraide pour la Jeunesse Allosexuelle du Québec (**REJAO**)

Regroupement des Associations de Personnes Traumatisées Crânio-Cérébrales du Québec (**RAPTCCQ**)

intervenues depuis la reconnaissance des groupes communautaires dans la Loi 120, nous sommes forcés de constater que la vision qui prévaut au sein de l'appareil gouvernemental est trop souvent réductrice et tronquée. Axée davantage sur ce que font les organismes communautaires autonomes,

« Peu importe la distance entre le projet de l'État et le projet de société du mouvement communautaire, l'État est obligé de favoriser au maximum l'expression des nouvelles valeurs sociales et l'égalité démocratique des citoyens. L'État doit soutenir, voire promouvoir, l'émergence de nouveaux lieux de consensus social. L'État doit veiller à faciliter les canaux d'expression pour faire place au besoin de participation qui pourraient l'être difficilement par les voies traditionnelles des institutions politiques. »<sup>2</sup>

cette perception ne rend malheureusement pas compte de ce qu'ils sont et de toute la richesse qu'ils constituent pour la société québécoise dans son ensemble.

D'entrée de jeux, la TRPOCB rappelle les principes qui sous-tendent son action et celle de ses membres<sup>1</sup> :

- *Le désir de faire advenir une société plus juste, plus démocratique.*
- *Une vision globale de la santé et du bien-être des personnes et de la société.*
- *Une approche globale des problèmes sociaux et de santé vécus par les personnes.*
- *Une action basée sur l'autonomie des groupes et des individus.*
- *Une capacité d'innover.*
- *L'enracinement dans la communauté.*
- *Une vision « autre » du service.*
- *Une conception plus égalitaire des rapports entre intervenants et participants.*

C'est à la lumière de ces principes, lesquels forment la trame de fond de la Politique gouvernementale de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire<sup>3</sup> que la TRPOCB analysera certaines des questions soulevées par le projet de loi 83.

**La TRPOCB rappelle son attachement aux valeurs fondatrices de notre système de santé et de services sociaux. Nous croyons toujours que c'est en assurant l'universalité, l'intégralité, le caractère public et la gratuité des services que la société québécoise pourra continuer de se bâtir de manière solidaire. C'est pourquoi nous sommes d'avis que les principes et les interdictions de**

<sup>1</sup> MSSS; 1997; *L'Évaluation des organismes communautaires et bénévoles*. Pages 15-16

<sup>2</sup> MSSS; 1987; Henri Tremblay; *Les ressources communautaires : problématiques et enjeux*. Page 67


<sup>3</sup> Gouvernement du Québec; Septembre 2001; *L'action communautaire : Une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*.

**la Loi canadienne sur la santé devrait être intégré à la Loi québécoise sur les services de santé et les services sociaux.**

Avant d'entrer dans le vif du sujet, nous nous devons de rappeler l'importance que le gouvernement doit attacher au respect des principes démocratiques, particulièrement lorsqu'il s'agit des consultations publiques. Dans le milieu communautaire, il est d'usage de consulter nos instances avant d'émettre un point de vue, particulièrement lorsqu'il s'agit d'un projet de loi qui aura des incidences majeures sur la population québécoise pour les années à venir. Ceci explique que notre mémoire vous parvient en dehors des délais impartis. Nous souhaitons que les membres de la Commission ne nous en tiendront pas rigueur et que la TRPOCB sera entendu lors des audiences.

**Note**

Compte tenu que les femmes constituent la majorité des personnes qui utilisent les services sociaux et de santé ainsi que la majorité des personnes oeuvrant au sein du réseau public et du milieu communautaire, dans ce document, l'usage du féminin inclus le masculin.



## Introduction

Il semble bien qu'à chaque changement de garde à la tête du MSSS, nous assistions, chez le nouveau titulaire, à un besoin irrépressible de vouloir tout transformer et d'imposer sa réforme qui permettra enfin de rendre l'ensemble des services auxquels ont droit les citoyennes et les citoyens. On essaie ainsi de nous séduire en nous faisant croire que la solution est enfin trouvée pour éliminer les attentes, humaniser les soins, libérer les urgences, permettre à toutes et à tous de pouvoir recourir aux services rendus disponibles. Malheureusement, il semble que chacune des propositions avancées sème davantage de confusion qu'elle ne contribue à régler de problèmes. Et si les remèdes proposés étaient pires que les maux auxquels ils sont censés s'attaquer ?

On sait que notre système de santé et de services sociaux souffre cruellement d'un manque de ressources, particulièrement financières. Est-il utile de rappeler encore que le Québec est la province canadienne qui finance le moins les services sociaux et de santé au Canada ? N'aurait-il pas été plus sage de commencer par une véritable transfusion qui aurait permis de remettre sur pied des pans entiers qui sont laissés à la dérive ? La TRPOCB partage l'avis de celles et ceux qui croient que les changements de structure ne peuvent à eux seuls résoudre les problèmes d'accessibilité et de qualité des services sociaux et de santé.

Le projet de loi 83 nous est présenté comme une simple loi d'harmonisation. À ce titre, il aurait fallu démontrer en quoi les amendements apportés permettront de mieux renforcer les assises sur lesquelles est construit notre système de santé et de services sociaux. Ainsi, l'article 1 de la *Loi sur la santé et les services sociaux* définit la santé « **comme la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et les groupes dont elles font partie.** » Force est de constater que cette capacité citoyenne a été mise à rude épreuve, au cours de 15 dernières années, par bon nombre de choix politiques. Pour ne prendre qu'un exemple parmi tant d'autres, le virage ambulatoire des années 1990, imposé au moment où le réseau subissait les pires compressions budgétaires de son histoire, a conscrit des dizaines de milliers de femmes à en prendre le relais pour répondre aux besoins de leurs proches, pour pallier les carences du réseau. Résultat, nombre d'entre elles ont dû quitter leur emploi et s'appauvrir pour répondre aux besoins de leurs proches. En quoi le projet de loi 83 peut-il favoriser le renforcement des assises de notre système ?

Pour la TRPOCB, le projet de loi 83 représente beaucoup plus qu'une simple loi d'harmonisation. Il facilite le transfert des responsabilités et des services vers le privé, vers le communautaire et vers les entreprises d'économie sociale ; il remet en cause le principe du libre consentement des patients pour les échanges de renseignements et d'informations ; il met en place l'informatisation des dossiers des patients ; il revoit les mécanismes de traitement des plaintes et il ajoute un nouveau mécanisme d'accréditation pour les résidences privées pour personnes âgées ; il remet en cause l'universalité du panier de services ; il réaménage les rapports avec les groupes communautaires en ne les considérant plus que comme des producteurs de services ; il consacre les limites à la participation citoyenne à l'intérieur du réseau.


Même si la TRPOCB partage les intentions louables de la réforme en terme d'amélioration de l'accessibilité et de la continuité des services à la population, elle s'inquiète des retombées du projet de loi 83 sur les groupes communautaires et sur les citoyennes. Pour bien comprendre les tenants et les aboutissants de cette réingénierie du système de santé et de services sociaux, il faut l'analyser en lien avec la Loi 25, les documents ministériels concernant l'intégration des services et la mise en place de projets cliniques, la création de l'Agence des partenariats publics et privés et la réforme du droit associatif. C'est à travers cette globalité que la TRPOCB entend émettre quelques commentaires de fond.

**Conséquemment, dans notre mémoire, nous essayerons d'analyser certains éléments de cette reconfiguration majeure du réseau de la santé et des services sociaux :**

- **Le passage de la complémentarité à l'intégration dans le nouveau modèle de coordination des services au niveau local.**
- **Le recentrage autour de l'alliance entre approche médicale et approche gestionnaire en tant que nouvelle finalité du système.**
- **La circulation des informations cliniques et la fin de la confidentialité des renseignements personnels.**
- **L'usagère vue d'abord comme une consommatrice de services : les impacts sur la participation démocratique et les processus de plaintes.**
- **L'accréditation des ressources privées d'hébergement ou les risques d'un rétrécissement du panier de services publics et de privatisation des services.**



En filigrane de notre réflexion, nous nous questionnerons sur la place que cette réforme laisse aux citoyennes et aux groupes qu'elles forment.



## Première partie

### La coordination des services : de la complémentarité à l'intégration

Le projet de loi 83 consacre formellement la création des réseaux locaux de services comme la nouvelle pierre d'assise sur laquelle devront s'agglutiner l'ensemble des prestataires de services (publics, privés, communautaires, familles). Le nombre

« En santé mentale, la coordination des services est au niveau du patient, alors qu'ailleurs, c'est utilisé principalement pour gérer les soins et réduire les coûts. »<sup>4</sup>

d'organismes, nouveaux ou anciens, appelés à donner des services sociaux ou de santé, étant appelé à croître, leur coordination devient, pour le Ministère, un enjeu majeur. C'est un enjeu qui n'est pas nouveau : un bref retour en arrière s'impose.

#### A. Première étape : 1971, la complémentarité entre les établissements et les professionnels

La réforme Castonguay fait d'abord reposé la coordination du nouveau système de santé et de services sociaux sur la complémentarité entre les professionnels et les établissements. Ce moyen privilégié visait tout d'abord à assurer aux diverses professions une autonomie relative face à l'organisation des services. « *Il s'agit d'une politique de démarcation claire et nette des mandats professionnels et organisationnels, voulue afin d'éviter le dédoublement de fonctions et de favoriser l'efficacité, tout en reconnaissant le rôle de chacun par rapport à l'ensemble des besoins de la personne.* »<sup>5</sup> Ce principe s'avère hautement rationnel sur le plan instrumental car il se penche sur les moyens au détriment des finalités de la prestation des services. En reconnaissant les intérêts propres aux différents professionnels et aux établissements cela a entraîné le développement de stratégies intéressées et compétitives.

« *Dès le départ, les enjeux de l'autonomie professionnelle et organisationnelle se heurtaient aux objectifs d'intégration et de coordination de la réforme Castonguay. Les professionnels, et surtout les médecins, n'ont jamais cessé de se défendre contre la menace que représenterait la volonté gouvernementale de tout coordonner et de tout maîtriser.* »<sup>6</sup> Ceci explique, en bonne partie, pourquoi

<sup>4</sup> MSSS; Octobre 2004; *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux - Documentation*

<sup>5</sup> Deena White, *La santé et les services sociaux : réforme et remises en question*, in Daigle, Gérard (sous la dir. de), *Le Québec en jeu. Comprendre les grands défis*, PUM, Montréal, 1992

<sup>6</sup> White, Deena, *Op. cit.*

le réseau des CLSC n'a pu vraiment jouer pleinement son rôle au niveau des services de première ligne. Pour les médecins, la création des CLSC où les approches sociosanitaires dominent et où les professionnels sont salariés, revient à mettre en péril la pratique en cabinet privé des omnipraticiens et leur droit à la rémunération à l'acte. La conséquence fut une prolifération de polycliniques autogérées. « *Les polycliniques ont connu du succès dans plusieurs quartiers urbains alors que les CLSC souffrent toujours d'une pénurie de médecins.*<sup>7</sup> »

## **B. Deuxième étape : 1991, la complémentarité des organismes communautaires**

Une stratégie importante de la réforme Côté (1991) fut d'intégrer les organismes communautaires dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de leur faire une place au niveau des processus de planification et de coordination régionale. « *Dorénavant, les organisations qui offrent des services surtout sociaux et psychosociaux alternatifs à ceux des professionnels et des établissements du réseau public, acquièrent leur légitimité et peuvent recevoir des fonds publics assurés pour un certain nombre d'années. Ceci limitera la nécessité d'ajouter de nouveaux services aux répertoires des établissements syndiqués et beaucoup plus dispendieux du réseau public.* »<sup>8</sup>

Cette reconnaissance de la place des organismes communautaires s'est inscrite aussi dans un contexte d'ouverture face aux déterminants sociaux de la santé. Les groupes communautaires se sont alors reconnus dans cette vision de la complémentarité. Il ne s'agissait pas, pour eux, de coordonner leurs actions avec les services dispensés par les établissements publics, non plus que de se substituer à eux. L'intervention communautaire était vue alors comme en périphérie du réseau public et non pas comme intégré au réseau. C'est dans ce contexte que, au fil des ans, de nombreuses collaborations volontaires se sont établies entre le milieu communautaire et d'autres acteurs du réseau de la santé et des services sociaux.

Cependant, au fur et à mesure où les planificateurs de services, au plan national et régional, ont reconnu et soutenu l'action originale et complémentaire des groupes communautaires, ceux-ci se sont sentis davantage utilisés comme déversoir du réseau public et comme substituts à des services publics en décroissance. Ce fut le cas, à partir du milieu des années 90, lors des compressions budgétaires et dans les plans régionaux d'organisation des services. À partir de ce moment, ce sont davantage les services spécifiques développés par les groupes communautaires qui ont été considérés comme

---

<sup>7</sup> Deena White, *La santé et les services sociaux : réforme et remises en question*, in Daigle, Gérard (sous la dir. de), *Le Québec en jeu. Comprendre les grands défis*, PUM, Montréal, 1992

<sup>8</sup> White, Deena, *Op. cit.*

complémentaires à ceux des établissements que leur rôle et leurs actions vus dans leur globalité. Dans ce contexte, les pressions se sont fait sentir pour que les groupes communautaires ajustent leurs missions et leurs activités à des besoins ciblés par les milieux institutionnels.

### C. Troisième étape : 2003, de la complémentarité à l'intégration

Par la Loi 25 et par le projet de loi 83, on en arrive à une nouvelle conception de la coordination des services dans le système de santé et de services sociaux. Elle sera centrée sur le réseau local administré par une instance locale. Ces nouveaux centres de santé et de services sociaux (CSSS) seront composés obligatoirement d'un CLSC et d'un CHSLD et, généralement, d'un CH, et seront administrés chacun par une instance locale. (art. 41).

Puisqu'elle n'est pas appelée à fournir l'ensemble des services comme tels, l'instance locale devient ainsi davantage un donneur d'ouvrage à d'autres producteurs de services. Elle s'assure de la coordination des activités et des services offerts par les intervenantes du réseau local. C'est l'instance locale qui est « responsable, *de manière exclusive*, de définir un projet clinique et organisationnel » (art. 41) sur son territoire. C'est elle qui doit mobiliser les différents acteurs et elle définit les modes d'organisation et les contributions attendues de chacun d'eux. Elle doit en outre établir des modes de collaboration et des ententes avec les divers producteurs de services de son territoire.

Dans ce contexte, la complémentarité devient un préalable à la subsidiarité, un pas vers l'intégration, non seulement des services, mais des producteurs eux-mêmes. C'est dans ce sens qu'il faut comprendre, entre autres, les modifications proposées à

« Les protocoles et ententes qui seront conclu ou négociés entre les instances locales et les fournisseurs de services doivent comprendre des aspects tels que les délais de réponse, la nature des services fournis, la compétence des ressources qui offrent les services, les mécanismes d'échange d'informations et de suivi des dossiers, la révision du plan d'intervention et tout élément susceptible d' »exercer un contrôle de la qualité des services. »<sup>9</sup>

l'article 108 de la loi actuelle (référence : article 47 et 48 du projet de loi 83). Ainsi, on ajoute aux possibilités actuelles d'ententes avec les organismes communautaires pour la prestation de services sociaux ou de santé et pour la prestation ou l'échange de services professionnels, celle de faire l'acquisition, la préparation et la distribution de médicaments. De plus, le CSS peut, dans certains cas, assurer, contre rémunération, la prestation des services sociaux ou de santé requis par les usagers de l'organisme. Enfin, ces modifications ajoutent des responsabilités aux groupes communautaires

<sup>9</sup> MSSS (2004). *L'Intégration des services de santé et des services sociaux – Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Page 19

signataires d'ententes de services au niveau de la circulation des informations cliniques. Nous reviendrons plus loin sur cette question particulière.

#### D. Une vision réductrice des organismes communautaires

Bref, si le projet de loi 83 ne touche pas de manière explicite à l'article 335 de la loi actuelle qui reconnaît aux organismes communautaires la liberté de déterminer leurs orientations, leurs politiques et leurs approches, il faut se demander si cette autonomie ne deviendra pas, dans le contexte des réseaux locaux, une coquille vide, comme l'est devenu, nous l'avons vu précédemment, l'article 1 de la *Loi sur la santé et les services sociaux*.

En effet, à l'instar de la Loi 25, le projet de loi 83 considère d'abord les groupes comme des « producteurs » de services. Il demande aux groupes communautaires d'être responsables devant la population du territoire concerné et non plus devant leurs membres. À terme, les groupes communautaires pourraient être amenés à modeler leurs missions et leurs activités sur les besoins de services identifiés par les CSSS et ce, malgré le fait que le soutien financier en appui à la mission globale demeure toujours sous la responsabilité des agences régionales.

À cet égard, le libellé de certains articles est très préoccupant puisque c'est l'instance locale, à travers *un projet clinique*, qui fixera les priorités et les moyens à mettre en œuvre pour assurer les services requis par la population de son territoire. La table n'est-elle pas mise pour que l'instance locale devienne la référence de l'Agence régionale pour déterminer les priorités de financement pour les groupes communautaires de son territoire ?

##### Quand le marché définit le bien commun

« Dans l'optique gestionnaire néo-libérale, la question n'est plus de savoir ce qui, de tel ou tel aspect de la vie sociale et économique, est du ressort de l'État mais de savoir, du seul point de vue de l'efficacité, comment l'action se partage entre d'une part l'État et les collectivités locales, et d'autre part entre des institutions publiques et des « agences », des « services », des « acteurs », appelés génériquement « partenaires » -- qu'ils soient marchands, associatifs, individuels – auxquels on donne une « mission de service public ». La théorie qui en est faite voudrait que, à une époque d'affaiblissement de l'État et de mise en cause de l'action publique, seule une action négociée entre de multiples partenaires obéissant à des intérêts et à des logiques qui leur sont propres pourrait aujourd'hui *définir et réaliser le bien public*. La loi, en tant qu'elle est uniforme et fruit d'une volonté générale, verrait donc inexorablement son espace se rétrécir au profit d'une contractualisation généralisée des relations sociales.<sup>10</sup> »

On peut faire ici une analogie avec le fait que le projet de loi, même s'il continue de reconnaître la mission CLSC, intègre les activités et services spécifiques à cette mission à l'intérieur des nouveaux centres de santé et de services sociaux. De plus, la nouvelle structure de financement par programmes-

<sup>10</sup> Laval, Christian, *L'école n'est pas une entreprise*, La Découverte, 2004

services pourrait avoir pour conséquence de modeler l'action des groupes communautaires à des exigences extérieures à la nature de leur mission.

Encore une fois, en considérant l'action des groupes communautaires uniquement sous l'angle des services susceptibles d'être rendus à meilleur coût, le danger est grand de perdre l'essence même du mouvement communautaire autonome ainsi que la portée globale de son action. À cet égard, le *Guide à l'implantation du projet clinique* inquiète. On y parle abondamment d'approche communautaire en même temps que d'approche populationnelle et de modèles communautaires en même temps que de modèles centrés sur le patient ou de modèles de « disease management ». En arrière fond des énoncés enjôleurs se profile toutefois une volonté d'harmonisation, de standardisation des pratiques et de sélection des pratiques génératrices de plus-value.

« La coordination peut aussi être atteinte par quatre formes de standardisation : standardisation du travail, standardisation des résultats, standardisation des compétences, standardisation des normes où la socialisation est utilisée pour établir des croyances et des valeurs communes pour avoir les mêmes attentes. »<sup>11</sup>

Ainsi, en définissant les groupes communautaires d'abord comme des producteurs de services à bon marché et en les intégrant à un réseau structuré de services à la population, la réforme les fragilise en tant qu'espace citoyen de la démocratie, en tant que lieu de défense des droits et en tant que lieu d'expérimentation de réponses alternatives aux besoins exprimés par les citoyennes d'un milieu.

Parallèlement, la réforme du droit associatif proposée par le Registraire des entreprises ne va-t-elle pas dans le sens d'instrumentaliser davantage les groupes et la communauté comme dispensatrice de services délestés par le secteur public ? En effet, « *les propositions pour un nouveau droit des associations personnifiées* » s'inscrivent, au dire même du registraire dans « *un contexte de mutations économiques et de modification du rôle de l'État. Des groupements doivent alors prendre en charge des besoins que l'État ne peut plus satisfaire seul.*<sup>12</sup> » Parmi les mesures proposées par cette réforme, notons :

- La possibilité de fondation et d'administration d'un OBNL (peu importe sa vocation), par une seule personne, physique ou morale, fut-il (dans ce dernier cas) à but lucratif;
- La fin de l'obligation de rendre publics les objets de l'association;
- L'abolition de l'assemblée générale comme instance incontournable;

<sup>11</sup> MSSS; Octobre 2004; *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux - Documentation*

<sup>12</sup> Registraire des entreprises du Québec; *Propositions pour un nouveau droit québécois des associations personnifiées*; Septembre 2004; page 11.

- La possibilité de transformer un OBNL en société à but lucratif.

*« De telles orientations substituent au sens du bien commun et à la solidarité, qui caractérisent le domaine social, une logique de marché où se côtoient des intérêts strictement individuels et corporatifs, où la recherche du profit détermine la mission et le développement. « Cette négation de la fonction véritable du mouvement social a évacué l'essence même des organismes combattant les problèmes issus d'une société axée sur le profit et l'égoïsme érigés en vertu, puisque devenus eux-mêmes un élément de cette société, un rouage d'un marché auquel la notion de solidarité reste étrangère.<sup>13</sup> »*

---

<sup>13</sup> Coalition pour la promotion des valeurs démocratiques et associatives

## Deuxième partie

### De nouvelles valeurs à la base du système

« La rationnelle derrière les réformes en Australie, Nouvelle-Zélande, en Suède, au Royaume-Uni et aux États-Unis est que les forces du marché comme la compétition sont plus susceptibles de favoriser l'efficacité que la régulation bureaucratique. Pour accompagner ces réformes, on a vu apparaître le courant de la prise de décision fondée sur les données probantes reflétant l'intention d'évaluer le mérite relatif des stratégies d'intervention pour maximiser l'utilisation des ressources disponibles. [...] Les réformes axées sur le marché soulèvent des inquiétudes en regard de l'équité avec le risque d'écrémage. Un autre problème est le transfert des coûts. »<sup>14</sup>

Le projet gouvernemental de réorganisation du réseau est centré sur les modèles gestionnaire et médical, dans une perspective de réduction des coûts<sup>15</sup>. Que devient, dans ce

cadre, la citoyenne qui était censée être au cœur de la Réforme en 1991 ? En effet, les valeurs centrales du projet de loi 83 ne sont plus la primauté de la personne, une réponse globale aux besoins de cette dernière grâce, entre autres, à la mission sociale et curative que l'on retrouvait dans les CLSC.

Les nouvelles valeurs centrales sont devenues les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Et pour réaliser ce projet, on accorde une place accrue au secteur privé notamment au sein des réseaux locaux. Tout en conservant les services médicalement nécessaires<sup>16</sup>, la reconfiguration du réseau transfère les services socialement nécessaires vers les entreprises privées, les entreprises d'économie sociale, les groupes communautaires, sinon aux familles elles-mêmes. Avec toutes les dérives qu'entraîne ainsi l'application du principe de l'utilisateur-payeur, cher au gouvernement actuel (cf. la désassurance des services directs à la personne en soutien à domicile<sup>17</sup> et les ressources privées d'hébergement pour personnes âgées). Ces « nouvelles » valeurs, mises de

<sup>14</sup> MSSS; Octobre 2004; *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux - Documentation*

<sup>15</sup> Sur la « rareté des ressources », comment expliquer que le Québec des années 1960, beaucoup moins riche globalement qu'il ne l'est aujourd'hui, a pu mettre en place des systèmes universels et gratuits d'éducation, de santé et de sécurité du revenu beaucoup plus généreux qu'ils ne le sont aujourd'hui ?

<sup>16</sup> Ces services sont prescrits par la Loi canadienne sur la santé. Même s'ils semblent protégés, l'accueil fait par M. Jean Charest à la proposition de M. Ralph Klein sur une troisième voie entre le public et le privé pour soi-disant améliorer le système de santé nous fait craindre le pire pour l'avenir.

<sup>17</sup> On assiste ainsi à une substitution d'emplois du secteur public vers le privé et le travail « autonome », ce qui a un impact important pour les femmes. « Les politiques de promotion des emplois familiaux s'inscrivent dans une multiplicité de logiques plus souvent contradictoires que convergentes : réduire les dépenses publiques sans néanmoins mettre radicalement en cause les compromis antérieurs qui énonçaient, en termes de justice sociale, la garantie pour toute femme d'un accès à l'activité professionnelle. Ces politiques se veulent également une réponse à la crise de l'emploi et à une demande de plus en plus importante de prise en charge des soins aux personnes. Mais cette promotion des emplois, par les nouveaux statuts qu'elle propose aux employées (vers l'effacement du contrat de travail), aussi bien que par le niveau de rémunération qu'elle offre (répondre aux besoins aux moindres coûts), met en cause dans les faits la reconnaissance sociale qu'elle voudrait promouvoir pour ces emplois. » (Hirata, Helena *et al*, *Dictionnaire critique du féminisme*, PUF, Paris, 2005).



l'avant par le gouvernement libéral, en viendront-elles à remplacer les cinq grands principes garantis par la *Loi canadienne de la santé*, à savoir l'intégralité, l'universalité, l'accessibilité (gratuité), la gestion publique et la transférabilité ?

### Bref rappel des finalités de notre système de santé et de services sociaux

Depuis les années 60, notre système de santé et de bien-être trouve ses racines dans le choix collectif décisif de la solidarité et de la distribution de la richesse collective vers les plus défavorisés. Ce choix, inscrit dans le contexte de la modernisation historique de l'État québécois, fait du système québécois de services de santé et de services sociaux un bien public essentiel et universel. Par conséquent, le système doit traiter de manière égale, sans discrimination, toutes les citoyennes dont la santé et le bien-être sont fragilisés et notamment leur offrir des services de qualité en quantité suffisante. Il doit aussi prendre l'initiative d'instaurer ou de recommander des politiques publiques, dites de promotion et de prévention, pouvant influencer sur les déterminants sociaux et économiques de la santé et du bien-être en vue de réduire les écarts et les inégalités à ce chapitre. C'est justement cette seconde responsabilité qui est menacée par la réforme entreprise.

« La mise en place d'un système universel et gratuit représente une avancée sociale capitale puisqu'elle libérait en partie les personnes de l'inégalité fondamentale qui existait jusqu'alors par rapport à la maladie et aux services sociaux et de santé. Est-il utile de rappeler que « qu'en 1964, 43,1 % de la population [québécoise] étaient protégés en vertu d'un régime d'assurance-maladie privé, ce qui représente un des plus bas taux du Canada, contre respectivement 70,9 % pour l'Ontario. De plus, au Québec, plus de 60 % des personnes assurées le sont en vertu d'un régime limité, ce qui place à cet égard le Québec au dernier rang des provinces. Si l'État intervient, c'est d'une part en fonction d'une aide financière directe aux institutions privées, destinée à l'entretien des indigents et d'autre part dans le cadre des prémices d'une politique de santé publique : contrôle de l'hygiène publique, alimentaire, maternelle et vaccinations.<sup>18</sup> »

### Abandon des déterminants de la santé au profit de la mission curative

Le Conseil de la santé et du bien-être<sup>20</sup> rappelle que « la réforme de l'organisation des services de santé et des services sociaux de 1991 et l'adoption de la Politique de santé et de bien-être (PSBE) en 1992 ont fait ressortir une conception de la santé qui est venue donner une signification particulière aux valeurs discutées

« Les données probantes ont changé notre vision des déterminants de la santé pour donner plus d'attention à des facteurs de risque comme l'iniquité de revenu, le manque de contrôle et de support social. »<sup>19</sup>

<sup>18</sup> Lesemann, Frédéric, *Du pain et des services. La réforme de la santé et des services sociaux au Québec*, Éd. coop. Albert St-Martin, Montréal, 1981

<sup>19</sup> MSSS; Octobre 2004; *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux - Documentation*

<sup>20</sup> Conseil de la santé et du bien-être, *Valeurs fondamentales et enjeux de citoyenneté en matière de santé et de bien-être*, août 2004.

précédemment. En souhaitant favoriser le passage d'un système axé sur les services de santé à un système centré sur le citoyen, la Politique a ouvert la voie à une transformation des **finalités** des services de santé et de services sociaux. Elle a proposé l'adoption d'une approche holistique de la santé et du bien-être qui prend en considération leurs déterminants sociaux, économiques et environnementaux par opposition à une approche épidémiologique centrée sur la population et les soins curatifs. » Sans être aussi optimiste, la TRPOCB y reconnaissait des intentions louables au plan du discours malgré des moyens d'action limités et trop réducteurs face aux réalités sociales<sup>21</sup>.

« La pierre d'assise de l'approche COPC a été l'intégration de la responsabilité de la santé publique avec une gestion clinique individuelle des patients [...] La base de la planification d'une offre de service basée sur les besoins de la population se traduit par l'introduction de l'épidémiologie comme élément central. »<sup>22</sup>

Après la mise sur tablette de la Politique de santé et de bien-être qui a été remplacée par le Programme national de santé publique par le gouvernement précédent, la reconfiguration du réseau semble faire sienne la conception de la

prévention formulée par le comité d'experts formé par *La Presse* sur l'avenir du système de santé<sup>23</sup>: « [...] le réseau de la santé pourrait donner plus d'importance à la prévention, notamment par des examens médicaux périodiques, par l'immunisation et par des interventions visant à modifier les comportements à risque. » Et comme le mentionne le document du MSSS sur la mise en place des projets cliniques, on laisse tomber la question des conditions de vie qui sont pourtant un facteur primordial de la santé et du bien-être. On peut y lire : « *La distribution du revenu au sein de la population est le déterminant de la santé sur lequel il y a peu de prise mais qui va influencer les résultats de façon plus significative.* »

## La fin des CLSC ?

De même, bien que la mission des CLSC soit formellement sauvegardée dans le projet de loi 83, on assiste dans les faits à une dilution du volet social à l'intérieur d'une énorme structure, éloignée des citoyens et citoyennes. Après tout, faute de financement adéquat, et parce que l'État n'a jamais vraiment voulu y intégrer les médecins, les CLSC n'ont jamais pu répondre aux objectifs qui ont amené leur création.

<sup>21</sup> TRPOCB, Pour une réflexion organisée et solidaire... sur les PROS, mars 1994.

<sup>22</sup> MSSS; Octobre 2004; *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux - Documentation*

<sup>23</sup> Claude Castonguay, Michel Clair, Marcel Villeneuve et al, *Des idées pour le Québec : Un système de santé à la mesure de nos moyens.* Comité stratégique *La Presse* sur le financement du système de santé au Québec. 29 mai 2004

Pourtant, la réunion des services de santé et des services sociaux au sein d'une même administration est une caractéristique marquante du système public québécois, et ce, depuis sa création en 1971. Le Québec demeurerait jusqu'à aujourd'hui l'une des seules sociétés occidentales – et l'une des rares provinces canadiennes – à maintenir cette intégration.

*« Jusqu'en 1985, le ministère des Affaires sociales sera responsable de trois grands domaines de la politique sociale, à savoir les régimes de sécurité du revenu, les services de santé et les services sociaux. La réunion de ces trois domaines au sein d'une même administration témoigne d'une visée très avant-gardiste.<sup>24</sup> »*

Par ailleurs, l'administration centrale crée au fil des ans une série de conseils, comités et autres organismes permanents dont plusieurs traduisent cette volonté d'intégrer la santé et le bien-être. Par exemple, l'Office des personnes handicapées du Québec (1979) ou encore le Comité de la santé mentale du Québec (1971). Ou encore le Conseil de la famille et des affaires sociales qui remplace, en 1970, le Conseil supérieur de la famille. Il deviendra, en 1993, le Conseil de la santé et du bien-être pour finalement être remplacé par le Commissaire à la santé.

*« Au-delà de l'évolution des structures ministérielles, il faut également souligner que l'idée d'une politique sociale intégrée est ardemment défendue au cours des années 1960 par le Comité d'étude sur l'assistance publique (comité Boucher, 1963). Les travaux de ce comité ont profondément imprégné l'orientation des mesures sociales adoptées lors de la Révolution tranquille.<sup>25</sup> »*

« On a ainsi formé une équipe spécialisée pour travailler dans la communauté et dépister les clientèles vulnérables. »<sup>26</sup>

Cette façon progressiste qui caractérisait jusqu'ici la société québécoise semble bel et bien abandonnée par le présent gouvernement. Comme le résume bien Isabelle Baszanger,

nous sommes passés à un nouveau paradigme : *« dans les années 1960-1970, période politiquement progressiste et économiquement forte, l'un des objectifs publics était d'améliorer l'accès aux soins pour les plus pauvres. Ces efforts reflétaient une préoccupation sociale visant l'égalité en termes d'origine sociale, de travail, de sexe, et on a vu alors émerger progressivement une vision des soins comme un droit. Avec les années 1980 et la montée d'une crise économique, le problème*

<sup>24</sup> Turgeon, Jean et al, *L'évolution du Ministère et du réseau : continuité ou rupture ?* in Lemieux, Vincent et al, *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*, PUL, Québec, 2003.

<sup>25</sup> *Idem*

<sup>26</sup> MSSS; Octobre 2004; *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux - Documentation*

*sociopolitique central devenait celui du contrôle des coûts et, en découlant, celui de l'évaluation du système de soins.*<sup>27</sup>»

### **Vers une balkanisation du panier de services ?**

Dorénavant, chaque centre de services de santé et de services sociaux définira de façon exclusive son projet clinique et

« On a mis sur pied un réseau pour intégrer les soins et améliorer l'accès en réduisant les coûts. On a élaboré des incitatifs de réduction des coûts et déterminé la gamme de services offerts à la communauté. »<sup>28</sup>

organisationnel et, ainsi, « une large gamme de services » (art. 41) qu'il entend rendre à la population de son territoire. Ce faisant, ouvre-t-on la porte à une redéfinition, au plan local, du panier de services assurés, et ce, en lien avec la nouvelle approche populationnelle préconisée par le projet de loi 83 pour le financement des services ? La TRPOCB craint cette éventualité qui aurait pour conséquence de substituer à l'équité nationale, l'équité au niveau local. Ce faisant, l'universalité et l'intégralité des services, deux des principes fondamentaux de notre système de santé, risquent de voler en éclats.

La déclaration de M. Couillard lors de l'étude des crédits budgétaires de son Ministère, le 8 juillet 2003 à l'effet qu'il faut revoir la composition du panier de services, des médicaments et des technologies ainsi que la mise sur pied d'un comité de travail pour revoir le panier de services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie et dont le rapport devait être rendu public à la fin du printemps dernier pour débat public à l'automne suivant nous laissent perplexes quant à l'avenir.

À notre avis, le Ministre semble se rendre à la suggestion que faisait le comité de *La Presse* déjà cité : « *Mettre en place un mécanisme d'ajustement constant du panier de services assurés.* » Ainsi, apprenait-on récemment, sans qu'il n'y ait d'annonce publique de la part du MSSS, la désassurance, dans le volet soutien à domicile, de nombre de services à la personne (alimentation, transfert, hygiène, etc.) jusqu'ici donnés gratuitement par le réseau public.

Cela nous semble une façon de rejoindre le Comité *La Presse* qui propose aussi « *que le gouvernement du Québec détermine un plafond à la croissance de ses dépenses de santé.* » D'autant plus que le projet de loi 83 introduit la notion d'épisodes de soins (art, 47-48), c'est-à-dire « *l'intervalle de temps durant lequel des services de santé ou des services sociaux sont dispensés à une personne par un ou plusieurs intervenants pour un problème de santé ou de nature psychosociale précis, depuis le moment*

<sup>27</sup> Baszanger, Isabelle, « Sociologie », in Lecourt, Dominique (sous la dir. de), *Dictionnaire de la pensée médicale*, PUF, Paris, 2004.

<sup>28</sup> MSSS; Octobre 2004; *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux - Documentation*

*du premier contact avec un intervenant jusqu'à la dernière intervention. L'épisode peut être continu ou être constitué d'une série d'interventions discontinues dans le temps à condition que celles-ci soient séparées par de brèves périodes de temps. »*

Notons que le Comité *La Presse* parle aussi d'épisode de soins : « *Selon cette méthode d'allocation budgétaire, pour chaque patient soigné, selon la pathologie traitée, un établissement recevrait un montant standardisé correspondant au coût des meilleures pratiques. Dans les quelques domaines où cette méthode est déjà utilisée, elle a poussé les centres hospitaliers à améliorer leurs façons de faire, de façon à respecter le montant standardisé. »*

Or un financement des services sur la base des épisodes de soins soulève plusieurs interrogations. Dans une lettre ouverte parue dans *La Presse*, en juin 2004, le Dr André Carpentier, médecin au CHUS et professeur à l'Université de Sherbrooke, a émis les commentaires suivants : « *Le Comité [sur la santé formé par La Presse] propose le financement des services sur la base des « épisodes de soin », c'est-à-dire sur la base du coût standardisé ( ? ) d'un problème de santé donné. Ceci suppose que l'on peut, de façon assez précise, estimer le coût optimal d'un épisode de soin donné pour un patient donné. Compte tenu du grand nombre de scénarios possibles et du grand nombre de problèmes de santé chroniques et significatifs chez les malades hospitalisés, comment peut-on espérer qu'une telle façon de procéder puisse prévoir les coûts réels ? La réalité est que cette méthode risque de sous-estimer la complexité des scénarios réels et donc sous-estimer les coûts. Une telle méthode pourrait bien être un moyen « politiquement correct » afin de comprimer les coûts hospitaliers sans égard aux coûts réels. De plus, on peut aisément imaginer la somme considérable de travail nécessaire afin de gérer le système d'une telle manière. Plus d'argent dans l'administration, moins dans les soins... »<sup>29</sup>*

Tout en partageant les questionnements du Dr Charpentier nous nous interrogeons aussi sur les impacts que peut avoir la réforme sur l'accessibilité de certains services de proximité dans certaines régions dont la pertinence pourrait être mise en cause par une simple conjugaison statistique de facteurs populationnelles et de prévalence des problèmes. À ce chapitre, nous invitons la Commission à explorer certaines des voies contenues dans la *Politique de la ruralité* qui veut assurer des services de proximité dans toutes les régions du Québec.

---

<sup>29</sup> Source : Extraits d'une lettre ouverte, parue dans *La Presse*, le 13 juin 2004.

## Un exemple concret de délestage : les ressources privées pour personnes âgées

Le projet de loi 83 introduit un processus d'accréditation (conformité) des résidences pour personnes âgées, selon des critères déterminés plus tard par règlement (donc sans débat public ?), en vue d'éventuelles références par le réseau local (art. 128).

### *Les CHSLD*

*« Pendant les années 1960, on trouve plusieurs « foyers » construits afin de loger surtout des personnes âgées autonomes en pleine possession de leurs facultés. Au cours de la décennie suivante, le MSSS resserre graduellement les critères d'admission, ce qui aura pour effet de favoriser l'arrivée de personnes moins autonomes. Ce phénomène, conjugué au vieillissement des pensionnaires déjà admis, conduit à une modification importante de la clientèle de ces centres d'accueil, clientèle qui ressemble de plus en plus à celle des centres hospitaliers de soins prolongés. Au cours des années 1980, on constate que ces deux types d'établissement hébergent une clientèle hétérogène : personnes âgées lucides, personnes âgées confuses, jeunes handicapées (Commission Rochon). Le nombre de lits disponibles dans les centres d'accueil pour personnes âgées et les centres hospitaliers de soins prolongés connaît une forte progression au cours des années 1970 et 1980 en raison des choix effectués par les décideurs politiques et les administrateurs. Au cours des années 1990, ces deux catégories d'établissement sont regroupées sous la même dénomination, les CHSLD.<sup>31</sup> »*

Ainsi, après avoir stoppé la création de CHSLD et augmenté leurs critères d'accès, créant ainsi une rareté des ressources, le Ministère veut mettre en place un certificat de conformité des résidences pour personnes âgées. Ce certificat peut être obtenu par la poste après avoir rempli un questionnaire sans que la visite d'une intervenante du réseau ne soit obligatoire.


« Des tendances clés sont en train d'émerger pour le financement des soins de longue durée. La responsabilité du financement est en train de passer du gouvernement fédéral aux états, aux individus et à leurs familles. Les dispensateurs intègrent et gèrent les soins aigus et de longue durée et ajoutent de nouveaux services sur le continuum et les consommateurs pensent plus sérieusement à comment planifier et payer leurs futurs besoins de santé et comment naviguer de façon indépendante dans le système de soins de longue durée. »<sup>30</sup>

Malgré une certaine amélioration, les CHSLD sont encore loin de répondre à l'ensemble des besoins. De plus, le concept de milieu de vie semble encore un concept bien théorique pour nombre d'entre eux.

<sup>30</sup> MSSS; Octobre 2004; *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux - Documentation*

<sup>31</sup> Turgeon, Jean et al, *L'évolution du Ministère et du réseau : continuité ou rupture ?* in Lemieux, Vincent et al, *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*, PUL, Québec, 2003.

Rappelons que, selon le MSSS, les CHSLD ont pour mission d'offrir un milieu de vie substitut à des adultes en perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale qui ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, et ce, en dépit du soutien de leurs proches. Au lieu de consacrer le délestage de ses responsabilités vers le secteur privé et communautaire, n'aurait-il pas fallu d'abord consacrer les ressources nécessaires au secteur public pour qu'il puisse réellement accomplir sa mission. Et respecter sa propre Politique de soutien à domicile en offrant les services nécessaires à l'ensemble des personnes, quel que soit leur âge, dans leur milieu de vie plutôt que d'encadrer leur prestation et leur tarification par les ressources privées ?





## Troisième partie

### La « nécessaire » circulation de l'information ou la fin de la confidentialité ?

« Les coûts sociaux excèdent les bénéfices dans la première année d'implantation du dossier informatisé. Il faut inclure des logiciels de prévention et d'amélioration continue de la qualité (ACQ) pour défendre cet investissement. »<sup>32</sup>

Inspiré du néo-taylorisme et de la théorie du nouveau management public permettant le morcellement des services en une multiplicité de sous-traitants, la réingénierie actuelle du réseau de la santé, à l'instar

des grandes entreprises privées, ne peut se concrétiser que par la primauté des technologies de l'information et des communications (TIC) qui permet cette reconfiguration des modes de fonctionnement<sup>33</sup>. Pièce maîtresse du nouveau fonctionnement en réseau local, le projet de loi 83 permettra la circulation du dossier clinique de la patiente au sein de l'instance locale, et ce, sans le consentement préalable de l'usagère. Ainsi, le dossier pourra être transmis aux autres dispensateurs de services : groupes communautaires, entreprises privées ou d'économie sociale, ressources intermédiaires, ressources familiales, professionnelle, si cette information est « nécessaire » à la prise en charge de l'usagère.

Le projet de loi 83 introduit donc un nouveau paradigme : la confidentialité, de norme centrale reconnaissant la protection fondamentale des renseignements personnels, devient une exception à la circulation des informations. Ainsi, en permettant, dans le cadre d'une entente conclue en vertu de l'article 108, la communication d'un renseignement lorsque celui-ci est nécessaire « *afin d'assurer la prise en charge* » d'une usagère, la loi fait d'un organisme communautaire le détenteur d'un renseignement personnel. Quelles seront les limites et les obligations afférentes à la confidentialité des renseignements communiqués par ces organismes ou à ces organismes, puisque les organismes publics et les organismes privés ne sont pas liés aux mêmes lois de protection des renseignements personnels ? Qu'advient-il des codes de déontologie professionnels ? Que restera-t-il de l'autonomie des groupes communautaires qui se verront forcés de monter des dossiers sur les personnes et de partager ces informations avec les autres acteurs du réseau ?

<sup>32</sup> MSSS; Octobre 2004; *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux - Documentation*

<sup>33</sup> Rouillard, Christian et al, *La réingénierie de l'État. Vers un appauvrissement de la gouvernance québécoise*, PUL, 2004.



Ici, c'est toute la notion de consentement telle qu'on l'avait toujours comprise qui est évacuée. C'est à un véritable changement de paradigme auquel on assiste. On remplace la notion de consentement libre, éclairé, limité dans le temps, donné par une personne et pour un objet précis, par la présomption d'un consentement général illimité, c'est-à-dire l'absence même de la nécessité de consentement.

Comme la Coalition solidarité santé, la TRPOCB demande que toute la question du consentement et de la circulation des dossiers des patients soit retirée du projet de loi 83 et qu'un débat public se fasse sur cette notion et sur la constitution d'un dossier national.

En outre, la TRPOCB recommande que les groupes communautaires ne soient pas obligés, y compris dans le cadre d'ententes de services ou de collaboration, de recueillir, conserver ou transmettre des informations confidentielles sans le consentement écrit des personnes qui ont recours à leurs services ou participent à leurs activités.

## Quatrième partie

### Une apparente participation citoyenne

Tout d'abord, rappelons un extrait fondamental de la *Déclaration de Jakarta* : « *La promotion de la santé est mise en œuvre par et avec les personnes et ne leur est pas imposée. Elle améliore à la fois la capacité d'agir des individus et celle des groupes, organisations ou communautés, d'influer sur les déterminants de la santé. Pour cela, il est nécessaire d'éduquer, de former à l'animation et au « leadership » et de bénéficier de ressources et de moyens. La responsabilisation des individus exige de participer systématiquement à la prise de décisions ainsi que des compétences et des connaissances essentielles pour pouvoir mettre en œuvre des changements. Les moyens de communication traditionnels et les nouvelles technologies contribuent à ce processus. Il faut aussi trouver de nouvelles*

*manières d'exploiter les ressources sociales, culturelles et spirituelles en faveur de la santé.* »<sup>34</sup> Comment se situe le projet de loi 83 face à cet énoncé ? Celui-ci favorise-t-il une amélioration de la capacité d'influencer

« Impliquer la communauté : cela implique de travailler avec les organisateurs communautaires pour définir la communauté, ses caractéristiques et établir avec eux des partenariats pour définir, évaluer et rencontrer les besoins. Ce partenariat risque d'être dévalorisé par les septiques et c'est une lourde tâche de contrer cela. »<sup>35</sup>

et d'agir de la population et de ses organisations face aux grands enjeux liés à l'organisation des services sociaux et de santé ? Ou, au contraire, relègue-t-il les citoyennes au rang de consommatrices de services et l'expression démocratique au rang d'analyse de marché ?

#### Fin de la régionalisation ?

« Nous allons vers un consensus sur le modèle administratif soit une décentralisation accrue, concernée par l'évaluation, soumise aux mécanismes de marché, favorable au secteur sans but lucratif et capable de répondre aux demandes d'amélioration de la qualité faites par la population. Il existe des difficultés pratiques à concilier le pluralisme économique et l'équité. »

Le rôle premier des nouvelles *agences* régionales est de favoriser la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Qu'en sera-il lorsque ces derniers auront été mis en place ?

Rappelons qu'aux yeux des auteurs du rapport de la commission Castonguay-Nepveu, la régionalisation et la participation de la population apparaissaient comme des moyens importants qui

<sup>34</sup> Organisation mondiale de la santé (OMS), *Déclaration de Jakarta*, 1997

<sup>35</sup> MSSS; Octobre 2004; *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux - Documentation*

permettraient d'améliorer la qualité et l'efficacité des services. Et que la Loi sur la santé et les services sociaux, adoptée en 1991, « *consacre l'importance de la décentralisation vers le palier régional. Dans chacune des 18 nouvelles régions sociosanitaires, la loi institue une régie régionale. [...] La loi prévoit également la formation d'une assemblée régionale [qui] est chargée d'élire tous les trois ans les membres du conseil d'administration de la régie qui s'affranchissent ainsi de la « tutelle » ministérielle. Elle doit aussi approuver les priorités régionales qui lui sont soumises ainsi que le rapport annuel d'activités de la régie. [...] Le processus de régionalisation semble bien enclenché, les principaux opposants des précédentes décennies s'étant résolus à cette présence. On assiste à un redéploiement graduel des activités du réseau de services autour des pôles régionaux. Tout le monde s'aligne sur la nouvelle répartition des activités.*<sup>36</sup> »

Le projet de loi 83 met fin à cette régionalisation, bien timide il faut l'avouer, en recentrant le système de santé et de services sociaux à ces deux extrémités, à savoir les réseaux locaux et le Ministère. A cet effet, il accorde davantage de pouvoirs au Ministre de la santé (et des services

« *Nous allons favoriser une approche de concertation dans les milieux qui sera l'aboutissement et le prolongement naturels de notre expérience de décentralisation de la gestion du système de santé et de services sociaux. Pour tout dire, notre gouvernement entend substituer au discours de la décentralisation, la véritable pratique de la décentralisation.* »<sup>37</sup>

socials ?). Ainsi, on peut y lire que : « *Le Ministre établit équitablement les ressources informationnelles et technologiques. Il diffuse auprès des agences et des établissements les orientations relatives aux standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficacité. Il évalue les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et s'assure de la reddition de comptes de la gestion du réseau en fonction des orientations qu'il a diffusées. Il détermine les territoires de desserte des réseaux universitaires intégrés de santé. Il apprécie et évalue les résultats en matière de santé et de services sociaux.*<sup>38</sup> » Enfin, le Ministre peut, de son propre chef, exercer les pouvoirs prévus à l'égard d'une agence (art. 167, ajout).

### **Les Conseils d'administration des établissements**

La TRPOCB est heureuse de voir que, contrairement à la Loi 25, le projet de loi 83 ramène la participation des citoyennes et des usagères, les principales intéressées par l'ampleur et la qualité des

<sup>36</sup> Turgeon, Jean et al, *L'évolution du Ministère et du réseau : continuité ou rupture ?* in Lemieux, Vincent et al, *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*, PUL, Québec, 2003.

<sup>37</sup> Couillard, P. (2003). *Notes du ministre de la Santé et des Services sociaux pour la conférence d'ouverture du Congrès de l'association des CLSC et des CHSLD du Québec*, Québec, 22 mai 2003.

<sup>38</sup> Sonia Amzane, *Les principaux amendements apportés à la LSSS par le projet de loi 83*, 10 janvier 2005, Association des CLSC et des CHSLD du Québec

services offerts, au sein des nouveaux conseils d'administration des CSSS. Mais est-ce suffisant pour leur assurer une véritable implication démocratique ? Pour que cette participation ait un sens, il aurait fallu mettre en place des moyens concrets (exemples : des ressources humaines et matérielles) pour asseoir et favoriser cette participation citoyenne, ce que ne prévoit pas le projet de loi 83.

Quant à la place faite aux organismes communautaires sur ces conseils d'administration, quoi qu'étendue à l'ensemble des types d'établissements, elle demeure tributaire d'un processus de cooptation lié aux capacités de gestion des personnes. Ainsi, au lieu de renforcer la participation citoyenne, c'est le camp des gestionnaires qu'on renforce ! Loin de nous l'idée de décrier le rôle essentiel que jouent les gestionnaires, cependant nous croyons qu'il faut départager clairement les rôles. Or, tout comme les citoyennes et les usagères, les groupes communautaires s'inscrivent davantage dans une approche citoyenne de la représentation que dans un rôle strictement gestionnaire. À cet égard, nous invitons le ministre à corriger le tir et à permettre aux organismes communautaires de désigner eux-mêmes leurs représentantes sur les conseils d'administrations des établissements. Nous l'invitons par conséquent à revoir les conditions proposées dans le projet de loi.

Rappelons, comme Mme Deena White, déjà citée, que « *malgré la rhétorique communautaire, les réformes dans le domaine de la santé et des services sociaux favorisaient l'intervention professionnelle et la définition de besoins par les professionnels ou les technocrates. Même la participation des citoyens aux conseils d'administration des hôpitaux, des CSS, des CLSC et des autres établissements allait s'avérer décevante : ils se trouvaient impuissants face aux professionnels-permanents qui y siégeaient aussi et qui semblaient mieux maîtriser les dossiers et les procédures bureaucratiques.* » Malgré la sévérité de cette observation, nous sommes forcés d'admettre sa lucidité. C'est pourquoi nous croyons essentiel que des mesures concrètes soient mises en place pour permettre aux citoyennes, aux usagères et aux représentantes communautaires de jouer pleinement leur rôle de citoyennes actives dans leur communauté.

Concernant la formation des conseils d'administration des agences régionales, la TRPOCB rappelle les nombreuses critiques formulées par le milieu communautaire lors du projet de loi 28 en 2001. Malgré l'absence d'un bilan exhaustif de la participation communautaire aux conseils d'administration des agences, nous constatons quand même, que la diminution du nombre de sièges communautaires de 4 à 1 et la désignation par le ministre de la personne, encore sur la base des compétences de gestion, ont amoindri considérablement l'importance du rôle qui avait été reconnu par la Loi 120 tout en faisant

peser un fardeau plus lourd sur les épaules de la personne désignée. Dans certains cas, il s'est même creusé un écart entre la personne représentant le communautaire et son milieu. Pour ces motifs, nous invitons le ministre à revoir les dispositions du projet de loi afin d'assurer une représentation mieux équilibrée des groupes communautaires tout en permettant vraiment au milieu communautaire de désigner ses représentantes.

### Des mécanismes de consultation insuffisants

Le projet de loi 83 prévoit que les instances locales et les agences régionales doivent recourir à différents modes d'information ou de

« L'économie est passée de la production de biens à la gestion de services ce qui renforce l'importance du consommateur. »<sup>39</sup>

consultation de la population afin de la mettre à contribution et de connaître sa satisfaction à l'égard de l'organisation des services et des résultats obtenus ». À la limite, un simple sondage sur la satisfaction des usagères, à l'instar des études de marché pour les entreprises privées, permettra de remplir cette obligation.

Ainsi, après plusieurs projets de loi qui, depuis 1996, ont amené d'importants reculs à la participation citoyenne, le projet de loi 83 consacre la citoyenne d'abord et avant tout comme une usagère-consommatrice. Pourtant l'art. 2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (non modifié et qui sert encore, du moins en théorie, d'assise à notre système de santé) prévoit : *« Afin de permettre la réalisation de ces objectifs, la présente loi établit un mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières destiné à [...] 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. »*

Ainsi, le projet de loi 83, s'il veut responsabiliser davantage la responsabilité individuelle des personnes envers leur santé, ramène à la marge la participation de ces dernières aux prises de décision. Pourtant, comme le note fort pertinemment le Conseil de la santé et du bien-être, *« dans le contexte politique contemporain, il apparaît nécessaire de consolider et d'accroître la participation citoyenne. Certains des enjeux discutés précédemment indiquent que l'on doit favoriser davantage l'engagement des citoyens tant dans la prise de décision concernant les orientations générales et les politiques du*

<sup>39</sup> MSSS; Octobre 2004; *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux - Documentation*

... système que dans la gestion des différents établissements du système. Une présence accrue des citoyens permettrait d'augmenter la transparence et la réactivité du système et de démocratiser davantage les débats publics en matière de santé et de services sociaux. Elle aiderait à combattre un sentiment d'impuissance et même d'aliénation qui est souvent exprimé dans les débats de la part de groupes de citoyens. Elle pourrait permettre justement une plus grande appropriation du système et, du même coup, une façon de lutter contre la démobilisation des citoyennes et citoyens devant la complexité des enjeux de santé et de bien-être. La participation accrue des citoyennes et des citoyens aiderait à augmenter leur connaissance du système de santé et à faciliter la diffusion de l'information parmi la population. Elle aiderait à accroître la validité de certains principes qui sont devenus particulièrement importants dans le domaine de la santé, notamment celui de la liberté de choix et celui du consentement libre et éclairé avant de recevoir un traitement. [...] Par ailleurs, l'implication civique est présentée par plusieurs auteurs comme un préalable favorisant une plus grande responsabilisation des citoyennes et des citoyens.<sup>40</sup> »

Enfin, le Conseil ajoute que, dans le secteur de la santé et du bien-être, « il apparaît que la participation des citoyennes et des citoyens contribue à la qualité de la gestion et à une meilleure planification des services, ces derniers reflétant davantage les besoins, les valeurs et la culture de la collectivité. [...] Ainsi, la participation demeure une des façons de contribuer à la bonne gouvernance du système public de santé et de bien-être et d'en assurer l'intégrité en facilitant son appropriation par les citoyennes et les citoyens.<sup>41</sup> »

---

<sup>40</sup> Conseil de la santé et du bien-être, *Valeurs fondamentales et enjeux de citoyenneté en matière de santé et de bien-être*, août 2004.

<sup>41</sup> Conseil de la santé et du bien-être, *Participation et consultation des citoyennes et citoyens en matière de santé et de bien-être*, août 2004.

## Cinquième partie

### Le traitement des plaintes

« Toute insatisfaction ne conduit pas à la formulation d'une plainte, loin s'en faut. Pour qu'une insatisfaction conduise à une plainte, plusieurs ordres de phénomènes semblent importants. Le premier touche aux *mécanismes* de traitement des plaintes. Il faut un mécanisme connu et accessible par ceux qui sont insatisfaits ; ils doivent être informés de la procédure, la comprendre et se sentir capables d'entreprendre la démarche. Ils doivent, en outre, avoir confiance, en la procédure ; estimer qu'elle est équitable, rigoureuse et qu'elle peut conduire à des résultats. Enfin, l'usager doit être persuadé de recevoir les soins ou les services dont il a besoin malgré sa plainte, il ne doit pas craindre des représailles, une hostilité de la part des intervenants, la relation entre les responsables des plaintes et les intervenants ou un délai trop long. La confiance couvre différents aspects et elle est déterminée par différents facteurs.<sup>42</sup> » Ces facteurs touchent à la visibilité et aux visites, le temps et les délais. Et surtout la peur des représailles.

Bien qu'on puisse accueillir favorablement certaines propositions du projet de loi 83 concernant les mécanismes d'examen et de traitement des plaintes, le projet ne règle en rien certains des problèmes fondamentaux identifiés ci-haut. Il comporte même un recul considérable : le projet de loi ne permet plus au commissaire local ou régional d'intervenir de sa propre initiative (art. 10.7 et art. 28.7). Il semble même écarter du mécanisme les organismes n'ayant pas conclu d'entente formelle avec le réseau local, par exemple les entreprises d'économie sociale en entretien domestique qui reçoivent souvent leurs nouvelles clientes sur simple référence. L'indépendance accrue du commissaire local aux plaintes correspond-elle à ce que recommande le Protecteur du citoyen depuis de nombreuses années, à savoir : « *établir un bureau d'examen des plaintes à un niveau le plus éloigné possible de celui du personnel décideur visé par les plaintes.* »

Le Ministère devrait s'inspirer de la réflexion du Conseil de la santé et du bien-être qui préconise d'inclure l'ensemble des droits en matière de santé et de bien-être. « *Il devrait alors affirmer l'existence conjointe de droits individuels et de droits collectifs. Alors que la notion de droit individuel renvoie à la reconnaissance de valeurs et de prérogatives accordées aux individus en tenant compte de*

---

<sup>42</sup> Gagnon, Éric et al, *Les insatisfactions et les plaintes : l'accessibilité des usagers et des usagères aux mécanismes de recours*, Commissaire aux plaintes, FQRSC, RRSSS-Québec, septembre 2001.

*leur nature humaine, la notion de droit collectif réfère à la reconnaissance de normes communes et de besoins collectifs qui sont jugés essentiels pour assurer le respect de la liberté et de la dignité humaine. Une autre particularité des droits collectifs est qu'ils sont toujours définis en fonction d'un contexte social et qu'ils requièrent l'intervention des autorités publiques pour devenir effectifs.<sup>43</sup> »*

Enfin, le projet de loi 83, en élargissant la notion d'« organisme communautaire » pouvant assister et accompagner un usager (art. 32), laisse sans réponse un grand nombre de questions : Quelle place réserve-t-il pour les organismes non reconnus par projet de loi 83 dans la défense des droits ? Et s'ils sont reconnus par la loi, les organismes pourront-ils conserver leur mission, établir leurs priorités et leur propre plan d'actions, conserver leur autonomie de pratique et d'approches et être financés adéquatement pour ce qui ne relève pas du mandat prévu par la LSSS. Enfin, assisterons-nous à une sectorisation de l'assistance et de l'accompagnement fonction des différentes « clientèles » ?

---

<sup>43</sup> Conseil de la santé et du bien-être, *Une déclaration des droits et responsabilités des citoyennes et citoyens en matière de santé et de bien-être*, août 2004.



## CONCLUSION

« Un modèle de système d'activités comprend [entre autres]: le sujet (professionnel), l'objet vers qui les activités sont dirigées (le patient), la communauté (les multiples individus qui se partagent l'objet) »<sup>44</sup>

Alors que la réforme de 1991 plaçait la citoyenne au « cœur » du système, c'est une approche strictement gestionnaire, et comptable de réduction des coûts, qui nous est proposée ici en plaçant au cœur de la nouvelle réforme des réseaux intégrés de services chapeautés par des centres de santé et de services sociaux. On est

loin de la conception développée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui définit la santé, non comme l'absence de maladie, mais comme « l'aptitude pour identifier et réaliser ses aspirations, satisfaire à ses besoins et modifier ou faire face à son environnement. La santé est donc une ressource de la vie quotidienne et non pas un objectif de vie. La santé est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles ainsi que sur les capacités physiques. » Le droit à la santé n'est toujours pas formellement reconnu. L'occasion aurait pourtant été belle d'inclure les principes (normes) de la Loi canadienne sur la santé, à savoir l'universalité, l'intégralité, la transférabilité, le caractère public, l'accessibilité. Et de les étendre à ce qui est au cœur du système de santé aujourd'hui, au même titre que les services médicaux et hospitaliers, les services à domicile et les médicaments.

En conclusion, la TRPOCB fait sienne la réflexion suivante de M. Gilles Bibeau, professeur d'anthropologie, qui résume bien la situation à laquelle nous sommes confrontés : « *Sous l'influence du rationalisme gestionnaire ambiant et du pouvoir croissant de la classe des « managers », nos services de santé en sont venus, me semble-t-il, à être pensés et gérés à la manière d'une vaste industrie de soins. Les réformes en cours dans l'ensemble des services publics, et notamment dans le secteur de la santé, étaient sans doute inévitables, j'en conviens : n'apparaissent-elles pas cependant trop directement subordonnés à des impératifs strictement financiers et comptables que l'on disait provisoires et qui visaient, il y a peu de temps encore, à l'atteinte du déficit zéro ? Les mêmes experts n'exigeront-ils pas dans l'avenir de continuer à réduire les dépenses gouvernementales en matière d'éducation, de santé, de protection du revenu<sup>1</sup> et de culture de manière à maintenir ce même déficit zéro ? Les économistes de la santé, les experts comptables et les planificateurs ont joué un rôle déterminant, la chose est bien connue, dans le processus de décroissance de la taille de l'État, dans la redéfinition des stratégies financières qui ont provoqué une reconfiguration des services publics et*

<sup>44</sup> MSSS; Octobre 2004; *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux - Documentation*

remodelé de manière substantielle, dans un sens de plus en plus médicalisé, l'architecture de tout notre système public de santé. À défaut de s'engager à fond dans la privatisation des services – ce à quoi les Québécoises et les Québécois s'opposent – les gestionnaires ont cherché, et cherchent encore, à s'approprier au plus bas coût possible les ressources communautaires et alternatives dans le cadre de politiques au vernis progressiste qui vantent les vertus du bénévolat, du partenariat et de la concertation... Je repense à la fable du renard et du corbeau que nous avons apprise par cœur à l'école.<sup>45</sup> »

Rappelons enfin que le Québec, en acceptant que le Canada signe en son nom le *Pacte relatif aux droits sociaux, économiques et culturels* (ONU) s'engageait formellement à reconnaître le droit à la santé qui est « un droit fondamental de l'être humain, indispensable à l'exercice des autres droits de l'être humain. Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint, lui permettant de vivre dans la dignité. »

*Table des regroupements provinciaux  
d'organismes communautaires et bénévoles  
Février 2004*

---

<sup>45</sup> Bibeau, Gilles, Postaface, in Deena White, Lyne Jobin, Danielle McCann et Paul Morin, *Pour sortir des sentiers battus. L'action intersectorielle en santé mentale* (2002).