

POUR REMETTRE LA SANTÉ ET LA DÉMOCRATIE AU CŒUR DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Proposition soumise au débat collectif électoral¹

Maria De Koninck,

professeure émérite et associée, Département de médecine sociale et préventive,
Université Laval

Marc-André Maranda,

directeur du programme de santé publique au Ministère de la santé et des services
sociaux de 2003 à 2009

Pierre Joubert,

directeur de la recherche et de l'évaluation au MSSS de 1997 à 2001 et directeur de la
recherche, de la formation et du développement à l'INSPQ de 2003 à 2010.

Juillet 2018

¹ Ce document est le fruit de trois années de consultations, de prises de position publiques, d'organisation et de participation à des événements collectifs axés sur la réforme de la santé. Notre engagement s'est imposé en réaction aux inquiétudes et aux constats négatifs que cette réforme a suscités dans tous les milieux concernés. Nous tenons à remercier les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, rencontrés au cours des derniers mois, pour la confiance qu'ils nous ont témoignée. Tout en assumant entièrement la responsabilité du contenu du document, nous croyons qu'il reflète bien leur analyse et permet de partager les pistes de solutions qu'ils nous ont suggérées.

Les critiques à peu près généralisées et convergentes qui ont marqué la réforme Barrette, depuis ses débuts en 2015, ont cédé le pas dans la dernière année à des propositions nombreuses et partagées de corrections de trajectoires. Des changements sont fortement souhaités étant donné les conséquences négatives observées quotidiennement sur les services de santé et les services sociaux par les citoyennes et les citoyens, par la majorité des analystes et par les quelques acteurs qui peuvent encore s'exprimer. Ces changements ne pourront toutefois se concrétiser en opérant une x^{ième} réforme de structures qui ne viendrait qu'ajouter un fardeau impensable sur les travailleuses et travailleurs de ce réseau.

On ne peut non plus imaginer qu'on pourra attaquer de front, à court terme, des irritants qui se sont incrustés au fil des années malgré les mises en garde des analystes, les promesses de règlements des gouvernements successifs et des démonstrations claires des conséquences fortement négatives sur l'accès, la qualité et l'organisation des services.

Il semble toutefois essentiel de déterminer rapidement ce qui relève du court terme, c'est-à-dire ce qui, dans l'immédiat, doit faire l'objet d'un moratoire, tous ces éléments dont le développement doit être freiné et qui doivent faire l'objet d'une évaluation objective.

Puis, toujours à court terme, les changements permettant de modifier la trajectoire actuelle devront être définis pour être progressivement mis en place et complétés à moyen terme.

Pour le plus long terme, des questions de fond devront être débattues entre les acteurs dans une démarche structurée visant à faire en sorte que le système de santé et de services sociaux du Québec en vienne à retrouver son ADN.

Première partie : CONTINUITÉS ET RUPTURES

Notre système de santé a, jusqu'à récemment, soulevé l'intérêt de plusieurs autres pays. On est venu de loin pour mieux comprendre comment ses grandes orientations prenaient forme et étudier ses réalisations. Malheureusement, une période plus sombre a caractérisé récemment ses performances. Pour mieux définir les actions à entreprendre afin de rectifier le tir, il faut déterminer quels sont les principaux problèmes en cause.

MISE EN CONTEXTE

Le système de santé et de services sociaux du Québec s'est constitué autour de quatre piliers principaux qui ont fait son originalité :

- Un système entièrement public autant dans son accès, sa gestion que son financement.

- L'union des services de santé et des services sociaux au sein de la même organisation concrétisée, en première ligne, par la création des Centres locaux de services communautaires.
- Une gestion démocratique s'appuyant sur la participation des communautés et des individus, du personnel du réseau et des prestataires de services.
- Une régionalisation des structures qui devait paver la voie à certaines formes de décentralisation au cours des années et assurer une adaptation aux caractéristiques des populations et des territoires.

LES CONSTATS

Au fil des ans, ces orientations ont été soumises à l'effet combiné de cinq grands types de pressions :

- La définition des enjeux et la concentration des ressources vers le médico-hospitalier, au détriment de la prévention, des services sociaux, des services aux personnes vulnérables, des services à domicile et des organismes communautaires.
- Les différents courants de gestion placés sous la règle de l'efficacité, du normatif et du contrôle des coûts qui ont entraîné déshumanisation et négligence quant aux services de proximité.
- La complexité croissante des interventions en santé qui a fait en sorte qu'on a éloigné la personne des décisions qui la concernent, la citoyenne et le citoyen de la participation à laquelle on les avait jadis conviés, la personne en besoin d'accès aux services auxquels elle avait pourtant droit.
- Le corporatisme et les intérêts singuliers qui ont conduit à négocier avec des regroupements de professionnels, non plus des conditions de travail mais l'accès aux services pour la population, et à créer des déséquilibres importants entre les différents acteurs.
- L'accent mis sur le contrôle des coûts qui a contribué à affaiblir l'offre de services, à assurer la dominance progressive d'une gestion privée, à opter pour une centralisation excessive, à imposer un style de leadership autocratique et directif qui laisse peu de place à l'initiative et à la critique.

Si on ne peut attribuer au ministre Barrette la seule responsabilité des transformations qui se sont infiltrées au fil des ans, il n'en demeure pas moins qu'on a assisté depuis quatre ans à des dérapages sans précédents et déterminants, ceux que sa gestion a fortement contribué à accélérer.

Deuxième partie : LE POSSIBLE REDRESSEMENT

Avant d’amorcer tout changement dans l’actuelle trajectoire du système de la santé et des services sociaux, il paraît judicieux de reconnaître que nous disposons des outils et des connaissances nécessaires pour lui permettre de mieux répondre aux besoins de la population. Trois grandes orientations devraient conséquemment être privilégiées : remettre à l’ordre du jour la vision incarnée dans les principes et les objectifs de la Loi sur les services de santé et les services sociaux; s’inspirer des systèmes les plus performants; compter sur l’expertise dont le Québec dispose et mobiliser tous les acteurs.

1. Remettre à l’ordre du jour la vision incarnée dans les principes et les objectifs de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS).

Toujours en vigueur, la LSSSS peut servir de guide à la fois pour évaluer la situation actuelle, dégager les orientations à privilégier et définir les moyens pour remettre le système sur une voie plus démocratique, efficace et équitable.

A) L’OBJET DE LA LOI : LA SANTÉ

L’élément premier à considérer est la santé, définie dans la loi comme un état global, selon un angle individuel et collectif. Elle y est abordée dans ses différentes dimensions².

Les choix du Ministre de la santé et des services sociaux ont marqué une rupture avec cette définition, en privilégiant une vision comptable et médicale de la santé :

- La perspective dominante dans l’organisation du réseau est essentiellement curative et l’offre de services, de la première ligne jusqu’à ce qui existe de plus sophistiqué, est déployée autour des médecins. En privilégiant une organisation de la première ligne à partir de cliniques médicales et en déshabillant les CLSC pour leur offrir un soutien, l’orientation ministérielle affaiblit le caractère interdisciplinaire recherché jusqu’ici en première ligne.
- La dérive comptable a fait en sorte que se sont substitués à l’objectif principal de l’amélioration et du maintien de la santé de la population des objectifs quantitatifs qui relèvent de l’ordre des moyens. Par exemple, l’accès à un médecin de famille n’est pas un objectif de santé mais bien celui d’un moyen parmi d’autres, sans compter que cet accès ne permet pas de présumer de la qualité et de la pertinence des soins reçus. En mettant l’accent sur cet accès comme mesure phare pour répondre aux besoins de la population, on ne laisse aucune place à la prise en charge globale, c’est-à-dire considérer la personne dans toute sa complexité.

² Voir, en annexe, le libellé de l’article 1 de la Loi SSSS.

B) LES PRINCIPES À RESPECTER POUR FAVORISER LA SANTÉ TELLE QUE DÉFINIE DANS LA LOI

Les principes proposés dans la LSSSS permettent de dégager des pistes à emprunter pour redresser la trajectoire actuelle. Ces principes concernent la démocratie considérée essentielle pour l'atteinte des objectifs retenus, la définition des services dans une perspective de complémentarité et de continuité et les actions en amont sur les déterminants de la santé.

LA DÉMOCRATIE

Pour revenir à une définition globale de la santé, rechercher des solutions à mettre en place pour freiner les reculs encaissés par le système, guider son redressement et soutenir son développement, on dispose d'un cadre, bien explicité à l'article 2 de la LSSSS. Cet article définit ce à quoi est destiné le mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières établi dans la Loi. Au cœur de cet article, est explicitée la démarche démocratique devant guider la prise de décisions.

Or, l'entorse majeure à l'article 2 de la Loi a été, dès 2014, une démarche loin de toute démocratie vers une forte centralisation des structures et des lieux de prise de décisions. Parmi les problèmes que cette centralisation a créés, on peut relever les suivants :

- Le ministre s'est approprié des pouvoirs excessifs et fait preuve d'ingérence dans les différents paliers de gestion du système. De là découlent un autoritarisme sans commune mesure avec ce qui avait été la pratique jusqu'ici.
- La taille des différentes organisations est maintenant démesurée à la fois pour les populations à desservir, pour les territoires à couvrir, les différentes missions à déployer et pour le nombre d'employé.es à gérer. On constate de plus une absence de concertation et de collégialité dans les prises de décisions au niveau des structures centralisées, et la faiblesse de la reddition de comptes aux différents échelons de l'organisation des services.
- Une telle centralisation favorise la rigidité et l'absence de possibilités d'adapter les règles aux milieux et aux circonstances, générant la standardisation des modes d'intervention (le « mur-à-mur ») faisant fi des différences géographiques, démographiques et culturelles.

Le contenu des alinéas 1, 3, 5 et 9 de l'article 2 de la loi SSS³ peut être utilisé pour définir les orientations à remettre à l'ordre du jour:

³ L'article complet est présenté en annexe.

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;

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

5° tenir compte des particularités géographiques, linguistiques, socio-culturelles, ethnoculturelles et socio-économiques des régions;

9° assurer la participation des ressources humaines des établissements visés au titre I de la partie II au choix des orientations de ces établissements et à la détermination de leurs priorités;

Voilà précisées les composantes d'une démarche démocratique. Pour la concrétiser il faut entreprendre rapidement :

- La mise sur pied de démarches de concertation, auxquels sont conviés les différents acteurs locaux ou régionaux concernés. Il s'agit ici de faire appel aux multiples ressources aptes à mener une analyse, prendre des décisions adaptées aux milieux ainsi qu'aux territoires, et répondre à une des exigences de la Loi à savoir qu'avec la démocratie viennent les responsabilités. En associant démocratie à des lieux de concertation significatifs, on parvient ainsi à responsabiliser les différents acteurs.

À court et moyen terme, le travail à faire consiste à :

- Déterminer si certaines structures décisionnelles mises à mal ou abolies (CA notamment) doivent être revues ou ravivées ; évaluer la possibilité de redonner de l'autonomie à certains regroupements nés de la loi 10 (par ex. le secteur des soins de longue durée ou celui de la protection de la jeunesse) et mettre en place des mécanismes consultatifs pour soutenir les prises de décisions.
- Revoir au sein des établissements regroupés, quels paliers intermédiaires sont les plus susceptibles de contribuer à soutenir le personnel et à rapprocher la gestion des prestataires de services; évaluer si la répartition des responsabilités ainsi que la reddition de comptes peuvent se réaliser selon les missions plutôt qu'en fonction de consignes ministérielles centralisées. On rejoint ainsi les termes de l'article 2-8° : *favoriser la prestation efficace et efficiente de services de santé et de services sociaux, dans le respect des droits des usagers de ces services*, tout en allégeant les activités administratives des intervenant.es et praticien.nes, celles et ceux qui, quotidiennement, ont la responsabilité de la santé et du mieux-être des personnes.

LA COMPLÉMENTARITÉ ET LA CONTINUITÉ DES SERVICES

L'article 2 de la LSSSS est clair. On se doit de : 4° *rendre accessibles des services continus de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes aux plans physique, psychique et social.*

Bref, l'offre de services de santé et de services sociaux ne doit pas être définie selon un prisme médical mais bien selon une définition large de la santé et selon une continuité services de santé et services sociaux.

Le travail à faire, respectant les termes de la Loi et tel que défini par André-Pierre Contandriopoulos est le suivant : *La solution n'est pas de créer de nouvelles structures, mais de favoriser l'organisation dans tout le Québec de réseaux intégrés de soins de proximité adaptés à la réalité de chaque milieu et dans lesquels des professionnels collaborent pour mettre réellement la personne au centre du système de santé.*⁴

L'article 99 de la Loi SSSS, dans sa définition d'objectifs peut guider ici : (99.3) *La mise en place d'un réseau local de services de santé et de services sociaux vise à responsabiliser tous les intervenants de ce réseau afin qu'ils assurent de façon continue, à la population du territoire de ce réseau, l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés. C'est ce que l'on désigne ici comme étant la « responsabilité populationnelle ». Quant aux précisions sur le projet à développer pour y parvenir, les éléments sont présentés à l'article 99.8.*

- Quelles formes particulières doivent prendre ces réseaux intégrés ? Comme c'est le cas dans plusieurs régions, des CLSC réussissent à favoriser l'intégration des services. Ils doivent être soutenus dans leur développement selon les orientations définies par les milieux concernés. Ailleurs, notamment dans les grands centres, il faut adopter des modes d'organisation de services de proximité qui maintiennent le caractère public, gratuit et multidisciplinaire de la première ligne.
- L'allocation des ressources selon les différentes missions (hôpital, ressources intermédiaires, soins à domicile etc.) doit être révisée, en favorisant les services de proximité et en s'assurant que cette révision se fait en concertation afin de : *partager les responsabilités entre les organismes publics, les organismes communautaires et les autres intervenants du domaine de la santé et des services sociaux (art.2-3°).*

LA PRÉVENTION ET L'ACTION SUR LES DÉTERMINANTS

Une des conséquences de l'adoption de la vision essentiellement médicale comme prisme pour aborder la santé et les services permettant de la promouvoir et de la maintenir est l'affaiblissement de l'approche populationnelle et des actions en matière de prévention.

⁴ André-Pierre Contandriopoulos, Dix propositions pour garantir un accès équitable à des soins de qualité, La Presse+, 8 avril 2018.

Cette approche avait pourtant fait l'objet d'un certain consensus au cours des années 2000 et des efforts avaient été déployés pour qu'elle devienne une réalité. On en retrouve les principes dans l'article 99. Là aussi la réforme a freiné le développement du système selon cette perspective.

- Le regroupement des structures a porté un dur coup à l'évolution amorcée vers une plus grande responsabilité populationnelle dans les établissements du réseau et par là à l'équité dans l'accès à des services de qualité et continus.
- Le discours gouvernemental sur la santé étant devenu essentiellement un discours sur les services cliniques de santé, le volet prévention et action sur les déterminants de la santé proposé dans la Loi SSSS et soutenue par la Loi sur la santé publique a été marginalisé. Le rôle de la santé publique a été réduit à une peau de chagrin, les budgets coupés et le soutien à la recherche menée dans ce domaine diminué.
- L'affaiblissement de la santé publique a un impact sur les progrès dans les interventions visant les déterminants de la santé, considérées comme la voie à suivre pour améliorer la santé des populations et diminuer les coûts des systèmes de santé⁵.

Il faut reprendre le travail accompli en matière de responsabilité populationnelle à l'échelle des territoires ainsi que renforcer la santé publique et les actions sur les déterminants de la santé. La prévention doit être remise à l'agenda.

Au-delà de ses responsabilités ministérielles en santé et services sociaux, le ministre s'était vu confier en 2001 par l'article 54 de la Loi sur la santé publique une responsabilité qu'il ne semble plus assumer. Cette responsabilité consiste à surveiller en quelque sorte les décisions gouvernementales pouvant avoir un impact sur la santé. Le ministre doit rappeler aux autres responsables gouvernementaux que la protection de la santé est une valeur au centre des préoccupations de la société québécoise.

Le ministre, quel qu'il soit, doit être rapidement interpellé pour qu'il s'engage à jouer un rôle incontournable en tant que gardien de la santé de la population devant toute décision pouvant avoir un impact sur celle-ci qu'il s'agisse des transports, des ressources naturelles, de l'environnement etc.

2. S'inspirer des systèmes les plus performants et des connaissances acquises

Les connaissances acquises doivent retrouver leurs lettres de noblesse. Elles représentent les fondements de prise de décisions éclairées. Ces connaissances démontrent que les

⁵ Ministère de la santé et des services sociaux, 2008, *Programme national de santé publique* (mise à jour), Québec, Gouvernement du Québec.

systèmes qui réussissent sur les plans de la santé de la population et des coûts partagent certaines caractéristiques:

- Le système est **public** et offre des soins et des services considérés comme essentiels et rendus universellement accessibles à tous.⁶
- Le système est **décentralisé** et tient compte des caractéristiques et des particularités des populations et des territoires.⁷
- Le système repose sur des **soins de proximité** (soins de santé primaires), s'appuyant sur des valeurs d'équité, de solidarité et de continuité dans les soins (au Québec, on parle de responsabilité populationnelle)^{5, 8}.
- Le système requiert l'**action coordonnée** de tous les secteurs d'activité et de tous les intervenants (intersectorialité) qui misent sur des pratiques interprofessionnelles (interprofessionnalisme)⁴.
- Le système est fondé sur des **méthodes** et des **pratiques** scientifiquement valables et socialement acceptables⁹.

Ces différentes caractéristiques rejoignent les principes et objectifs définis dans la LSSSS. Les démarches à entreprendre et à concrétiser devraient donc toutes viser à développer et à maintenir un système répondant à ces caractéristiques. Certaines devront contrer les tendances mises en place.

Au cours des dernières années, on a dicté des réformes et retenu des choix nullement soutenus par les connaissances acquises et des données probantes. Il ne s'agit pas là d'un recul temporaire mais plutôt d'un recul qui aura des conséquences à plus long terme. L'absence de respect pour la culture scientifique, chez les responsables du système, hypothèque le développement des connaissances nécessaires à l'orientation, au suivi et à l'évaluation des décisions et actions, ne permettant plus de documenter les actions à entreprendre, les actions positives à poursuivre ni les actions à corriger ou à abandonner.

L'article 2 de la LSSSS précise d'ailleurs que le mode d'organisation doit : *promouvoir la recherche et l'enseignement de façon à mieux répondre aux besoins de la population* (10°) et c'est dans une démarche collégiale avec les milieux de recherche que des actions devront être définies.

⁶ OMS, 2010, Éléments essentiels au bon fonctionnement d'un système de santé : http://www.who.int/healthsystems/publications/hss_key/fr/

⁷ Desjourdy, Alain, 2009, Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec ?, *Cahiers de recherche en politique appliquée*, vol. II, no. 3 : 17-51.

⁸ Pan American Health Organization (PAHO), 2005, *Déclaration régionale sur les nouvelles orientations en soins de santé primaires* (Déclaration de Montevideo), Washington, D.C., Organisation panaméricaine de la santé. Il s'agit ici d'une déclaration qui s'inscrit dans la suite de celle d'Alma Ata (1978) qui est toujours mise de l'avant par l'OMS.

⁹ Aggarwal M., Hutchison B., 2012, *Vers une stratégie des soins primaires pour le Canada*. Rapport de recherche, Ottawa, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS)

3. Compter sur l'expertise et mobiliser tous les acteurs

La situation actuelle des intervenant.es du réseau est, selon leurs propos, caractérisée par :

- La perte du sentiment d'appartenance à une organisation vouée aux services à la population et la perte de contact entre les décideurs et les praticiennes et praticiens sur le terrain. Plus grave encore est la perte de sens dans leur travail, facteur de démobilisation, qui peut être avancée comme hypothèse pour expliquer l'augmentation de l'absentéisme¹⁰ pour cause de maladie ainsi que le recul de l'attractivité de certaines professions ou postes¹¹.
- Le paradigme comptable affecte ainsi les différentes professions exerçant en santé et en services sociaux. Notamment, les interventions dans les domaines de la santé mentale et des services sociaux font maintenant figure de grandes incomprises. Peu considérées, celles-ci ont été diminuées et restreintes, les postes coupés, le temps requis pour une intervention efficiente ignoré¹². La complexité requise par ces interventions est maintenant évacuée pour ne laisser place qu'à ce qui peut être comptabilisé en nombre d'heures et d'actes.
- La médecine de famille, sur laquelle on avait pourtant misé pour le développement d'une première ligne médicale efficace a vu son champ d'action circonscrit et réduit à des quotas ; la caractéristique distinctive de son approche qui consiste à avoir une connaissance des patients dans leur globalité et sa pratique dans les lieux et auprès de personnes nécessitant des soins continus ont été dépréciées.

Or, l'une des forces du système de santé et des services sociaux québécois est la compétence de ses acteurs et l'expertise unique qui s'est développée à l'intérieur du système public. Il faut rapidement ramener et renforcer le rôle de ces acteurs dans la prise de décisions sur les orientations à donner à l'organisation des services. Leur compétence est requise pour définir les priorités afin d'en arriver à une meilleure utilisation de la main d'œuvre fondée sur le respect des compétences et pour que la complexité des soins et leur nécessaire continuité soient considérées dans l'allocation des

¹⁰ Amélie Daoust-Boisvert, 2 mars 2018, Les congés de maladie coûtent cher au réseau de la santé, *Le Devoir* : <https://www.ledevoir.com/societe/sante/521628/le-reseau-de-la-sante-coute-cher-en-conges-de-maladie>.

¹¹ Louis Garneau, 31 janvier 2018, Les infirmières se plaignent de maltraitance organisationnelle, *Radio-Canada* : <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1081464/infirmieres-plainte-maltraitance-organisation-siisneg-csg>; Amélie Daoust-Boisvert, 13 mars 2018, La médecine familiale manque de sang neuf, *Le Devoir* : <https://www.ledevoir.com/societe/sante/522501/les-difficultes-du-recrutement-en-medecine-familiale>

¹² Ce qui va à l'encontre de ce que l'on sait : Commission de la santé mentale du Canada, 2017, *Faire valoir les arguments en faveur des investissements dans le système de santé mentale du Canada à l'aide de considérations économiques* : <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/arguments-en-faveur-des-investissements>

ressources, en incluant le personnel, selon les champs d'intervention. La Loi prévoit ce rôle : (2-9°) *assurer la participation des ressources humaines des établissements visés au titre I de la partie II au choix des orientations de ces établissements et à la détermination de leurs priorités.*

Pour redonner un sens au travail, une première mesure consiste à humaniser l'organisation et diminuer les contrôles bureaucratiques par une gestion proche du terrain de pratiques.

Troisième partie : COMMENT FAIRE?

Il faut rapidement amorcer les changements nécessaires, tout en mettant un frein sur des actions en cours qui risquent de perpétuer des erreurs parce qu'on n'a pas prévu d'en faire le suivi ni de les évaluer selon des standards reconnus. Si la liste des choses à faire est longue, elle n'en est pas moins réaliste dans la mesure où seront d'abord et avant tout mis en place les mécanismes qui permettent à l'ensemble des acteurs concernés de jouer leur rôle, tel que prévu dans la loi SSSS. C'est pourquoi, les premières actions doivent viser le retour à la démocratie dans la gestion du système.

A) Mais avant... à court terme : un moratoire

Avant d'amorcer les démarches visant à se donner d'autres perspectives et à revoir certaines orientations, il convient de procéder rapidement, dans certains cas, à un état des lieux pour identifier les correctifs possibles permettant au moins d'atténuer les effets négatifs observables de la réforme en cours.

En l'absence de transparence et à défaut d'évaluation des orientations prescrites, il convient donc de rapidement imposer un moratoire sur des projets en cours dont :

- l'implantation des super-cliniques
- le transfert de personnel des CLSC vers d'autres structures
- l'implantation de nouveaux regroupements de services (ex. OPTILAB) ou de nouvelles structures centralisées au niveau régional pour soi-disant réaliser des économies, et ce, au détriment souvent de l'accès aux services, particulièrement en région
- les projets-pilotes en cours (aucun mécanisme d'évaluation n'ayant été annoncé)

Par ailleurs, le Premier ministre est revenu sur une décision fort controversée de son ministre et annoncé qu'il réinstaurait le poste de Commissaire à la santé et au bien-être. Les critiques étaient unanimes sur l'importance de cette fonction pour contrer l'absence de transparence, poser un regard critique et faire une évaluation de la pertinence et de la qualité des services offerts. Cet épisode politique malheureux a fait la preuve que le futur Commissaire doit relever, non pas d'un ministère, mais bien de l'Assemblée

Nationale, à l'instar du Protecteur du citoyen et du Vérificateur général, afin de le protéger de toute ingérence politique et d'ainsi assurer l'objectivité de ses travaux.

Autre urgence, à court terme, il faut redonner confiance au personnel du réseau. C'est pourquoi, des actions concertées avec les ordres professionnels, les syndicats et les associations ayant pour objectif de le revaloriser pourraient être rapidement réalisées.

B) Se donner des leviers démocratiques

Pour que se concrétisent les orientations proposées, il faut prévoir, non pas de nouvelles structures, mais des mécanismes permettant la collaboration et la concertation. Ces mécanismes pourraient prendre la forme de tables de concertation territoriales regroupant les différents acteurs intéressés (gestionnaires, personnel du réseau, élu.es, citoyen.nes) et ayant pour mandat de faire le diagnostic de la situation dans leur milieu et de définir les orientations et éventuelles actions à mettre en place pour améliorer le système dans une perspective populationnelle. Les formules retenues devront prendre en considération les mécanismes déjà existants. Certaines régions, par exemple dans le Bas-St-Laurent, ont déjà entrepris en réunissant les acteurs des milieux concernés : élu.es municipaux, professionnel.les, travailleuses et travailleurs de la santé, citoyennes et citoyens, le travail de diagnostic des problèmes encourus dans leurs milieux ainsi que la recherche de solutions pour y remédier¹³. De ces démarches préliminaires se dégage, entre autres, le diagnostic que la vision centralisatrice et autoritaire qui prévaut depuis 2014 a eu des impacts majeurs sur le développement des communautés locales, dont des pertes d'emplois et d'expertise, et un net recul en ce qui concerne l'accessibilité (ex. les distances à parcourir) et la qualité des services notamment pour les populations vulnérables.

Même si la souplesse et l'adaptation aux conditions territoriales doivent être assurées, une coordination nationale devra également être établie pour guider l'évaluation de la situation selon les milieux, dégager des consensus et proposer des façons de faire pour faciliter les décisions de mise en œuvre qui relèvent du niveau national.

Certains ont évoqué la tenue d'États-généraux pour se donner un véritable projet collectif. Cette suggestion est à considérer puisqu'il s'agit là d'une formule permettant de véritables débats, le choc des idées et à laquelle sont conviés tous les organismes, groupes et personnes intéressées.

C) À long terme

Il y a un consensus sur la nécessité de réfléchir aux grandes composantes du système dans la perspective d'en assurer la pérennité. Parmi celles-ci, on retrouve le statut de l'organisation responsable de l'application de la Loi (doit-on maintenir un ministère ou

¹³ Ainsi un Forum citoyen sur l'avenir des soins de santé dans la Matapédia s'est tenu à Amqui le 18 mars 2017

privilégier une autre forme d'administration ?), celui de l'assurance-médicaments (régime universel...), et le mode de rémunération des médecins qui est considéré comme favorisant un déséquilibre entre les coûts des différentes ressources, les personnels devant les fournir et les lieux de fourniture de services.

Dès la première année de son mandat, le nouveau gouvernement devra donc dresser la liste des éléments devant faire l'objet d'une analyse approfondie et former un groupe d'experts indépendant. Ce groupe sera chargé de réaliser une évaluation des problèmes en cause, de documenter les différentes options à considérer afin de les soumettre à un débat éclairé dans le but d'améliorer les conditions de maintien et de développement d'un régime public de services de santé et de services sociaux efficace et équitable.

TABLEAU DE BORD DE MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS NÉCESSAIRES

On pourrait être tenté, à la suite de l'élection générale d'octobre prochain, d'opérer un rapide retour en arrière ou encore de proposer des transformations radicales du système de santé et de services sociaux. La situation commande plutôt un engagement à respecter la LSSS de façon à se donner la perspective d'un système de santé public, d'accès universel, équitable et efficace.

A. Mesures immédiates

1. Décréter un moratoire sur des projets en cours dont les mécanismes de suivi et l'évaluation sont inconnus ou inexistantes :
 - l'implantation des super-cliniques
 - le transfert de personnel des CLSC vers d'autres structures
 - l'implantation de nouveaux regroupements de services (ex. OPTILAB) ou de nouvelles structures centralisées au niveau régional
 - les dits « projets-pilotes » en cours
2. Adopter une loi créant un poste de Commissaire à la santé et au bien-être qui relève de l'Assemblée nationale.
3. Élaborer des actions concertées avec les ordres professionnels, les syndicats et les associations ayant pour objectif de redonner confiance et revaloriser le personnel de la santé.
4. Exiger du Ministre de la santé qu'il exerce le rôle qui lui est confié en vertu de l'article 54 de la Loi sur la santé publique et agisse, dès sa nomination, comme gardien de la santé de la population devant toute décision pouvant avoir un impact sur celle-ci.

B. Démarrer le travail pour réinstaurer la démocratie dans la gestion du système

1. Remplacer l'approche conflictuelle qui a prédominé dans les relations avec les professionnels de la santé par une approche reposant davantage sur la coopération que sur la confrontation.
2. Mettre sur pied des démarches de concertation, auxquels sont conviés les différents acteurs locaux ou régionaux concernés, en tenant compte de celles qui sont déjà là et leur confier le mandat de :

- déterminer si certaines structures décisionnelles mises à mal ou abolies (CA notamment) doivent être revues ou ravivées ;
- revoir au sein des établissements regroupés, quels paliers intermédiaires sont les plus susceptibles de contribuer à soutenir le personnel et à rapprocher la gestion des prestataires de services ;
- évaluer si la répartition des responsabilités ainsi que la reddition de comptes ne pourraient se réaliser selon les missions plutôt qu'en fonction de consignes ministérielles centralisées ;
- évaluer la possibilité de redonner de l'autonomie à certains regroupements nés de la Loi 10 (par ex. le secteur de l'hébergement et des soins de longue durée ou celui de la protection de la jeunesse) ;
- mettre en place des mécanismes consultatifs pour soutenir les prises de décisions.

3. Instaurer une coordination nationale pour guider l'évaluation de la situation selon les milieux, dégager des consensus et proposer des façons de faire pour faciliter les décisions de mise en œuvre qui relèvent du niveau national.

4. Reprendre le travail accompli en matière de responsabilité populationnelle à l'échelle des territoires, renforcer la santé publique et les actions sur les déterminants de la santé et remettre la prévention à l'agenda.

C. À moyen terme et selon une perspective de responsabilité populationnelle, s'assurer de la présence de services de proximité efficaces à la grandeur du Québec

Toujours dans le cadre de démarches de concertation, à moyen terme :

1. Progressivement consolider ou développer des services de proximité offrant une prise en charge globale de la population de leurs territoires.
2. Agir sur les conditions en amont des composantes de ces services : répartir les ressources professionnelles afin d'atteindre la masse critique nécessaire selon les milieux d'interventions; consolider la formation des intervenant.es à l'interprofessionnalisme et favoriser l'organisation du travail qui en soutient la pratique.
3. Définir avec les médecins de famille et les autres professionnel.les exerçant auprès des populations vulnérables, en soins à domicile et en soins palliatifs, les conditions de travail leur permettant de répondre aux besoins et les appliquer.

D. Se donner une perspective pour le plus long terme

Il y a un consensus sur la nécessité de réfléchir aux grandes composantes du système dans la perspective d'en assurer la pérennité. Dès la première année du mandat du prochain gouvernement, ce dernier devra donc dresser la liste des éléments devant faire l'objet d'une analyse approfondie et former un groupe d'expert.es indépendant.es.

Ce groupe sera chargé de réaliser une évaluation des problèmes en cause, de documenter les différentes options à considérer afin de les soumettre à un débat éclairé dans le but d'améliorer les conditions de maintien et de développement d'un régime public de services de santé et de services sociaux efficace et équitable.

ANNEXE 1

chapitre S-4.2

LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

1. Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de 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 pour les groupes dont elles font partie.

Il vise plus particulièrement à :

- 1° réduire la mortalité due aux maladies et aux traumatismes ainsi que la morbidité, les incapacités physiques et les handicaps;
- 2° agir sur les facteurs déterminants pour la santé et le bien-être et rendre les personnes, les familles et les communautés plus responsables à cet égard par des actions de prévention et de promotion;
- 3° favoriser le recouvrement de la santé et du bien-être des personnes;
- 4° favoriser la protection de la santé publique;
- 5° favoriser l'adaptation ou la réadaptation des personnes, leur intégration ou leur réintégration sociale;
- 6° diminuer l'impact des problèmes qui compromettent l'équilibre, l'épanouissement et l'autonomie des personnes;
- 7° atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions.

1991, c. 42, a. 1; 1999, c. 40, a. 269.

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;
- 4° rendre accessibles des services continus de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes aux plans physique, psychique et social;
- 5° tenir compte des particularités géographiques, linguistiques, socio-culturelles, ethno-culturelles et socio-économiques des régions;

6° favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et à des services sociaux selon des modes de communication adaptés aux limitations fonctionnelles des personnes;

7° favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux, dans leur langue, pour les personnes des différentes communautés culturelles du Québec;

8° favoriser la prestation efficace et efficiente de services de santé et de services sociaux, dans le respect des droits des usagers de ces services;

8.1° assurer aux usagers la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux;

9° assurer la participation des ressources humaines des établissements visés au titre I de la partie II au choix des orientations de ces établissements et à la détermination de leurs priorités;

10° promouvoir la recherche et l'enseignement de façon à mieux répondre aux besoins de la population.

1991, c. 42, a. 2; 2002, c. 71, a. 1.