Document generated on 06/06/2025 5:01 a.m.

Nouvelles pratiques sociales

Deux têtes et quelques doigts de pied : la réforme de la santé et des services sociaux

Paul Langlois

Volume 5, Number 1, Spring 1992

Santé mentale

URI: https://id.erudit.org/iderudit/301162ar
DOI: https://doi.org/10.7202/301162ar

See table of contents

Publisher(s)

Les Presses de l'Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (print)
1703-9312 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Langlois, P. (1992). Deux têtes et quelques doigts de pied : la réforme de la santé et des services sociaux. *Nouvelles pratiques sociales*, *5*(1), 129–134. https://doi.org/10.7202/301162ar

Tous droits réservés © Les Presses de l'Université du Québec, 1992

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Deux têtes et quelques doigts de pied : la réforme de la santé et des services sociaux

Paul LANGLOIS
CSS Québec et
Fédération des professionnels et professionnelles salariés et cadres du Québec (FPPSCQ-CSN)

Chaque époque entraîne avec elle son lot de curiosités, marquant la mémoire des générations trouvées sur son passage. C'est le cas pour la décennie 90 qui débute avec la naissance d'un animal étrange nommé Loi 120 (Gouvernement du Québec, 1991), et dont la forme laisse autant perplexe que songeur ; elle se compose de deux têtes et quelques doigts de pied.

UNE PREMIÈRE TÊTE : LE GROUPE DES TECHNOCRATES

Avec le travail de la Commission d'enquête sur les Services de Santé et le Bien-être social, appelée communément Commission Castonguay-Nepveu, une position nouvelle et décisive s'affirme au Québec. La fraction « moderniste, économiste et technocratique » de la Commission réussit, sans difficulté, à imposer ses vues et proposer un modèle qualifié de « systémique », à même de permettre l'introduction du groupe des technocrates. Nous voyons

donc au début des années 70 se consolider un modèle qui, de l'avis de Mayer (1987 : 100), s'inspirera essentiellement :

- des lois économiques (production maximale, coût minimum) ;
- de la logique administrative (centralisation des décisions vers le sommet et dispensation des services vers le bas) ;
- du modèle scientifique (analyse quantitative pour la définition des problèmes et des solutions).

Le « management industriel » prend dès lors racine sur de nouvelles terres à défricher, et la prestation de services de santé et de services sociaux se voit plus que jamais subordonnée à des considérations d'ordre politique, économique et administratif. « Aussi les économistes et les administrateurs constituent-ils les professionnels privilégiés [...] dans les prises de décisions », précise Laforest (1976 : 106). Vingt années supplémentaires n'auront fait que conforter cette tendance, comme le confirme l'adoption en troisième lecture, le 28 août 1991, de la Loi 120 sur les services de santé et les services sociaux (Gouvernement du Québec, 1991).

Celle-ci est précédée du Livre blanc du 7 décembre 1990, dont le message se veut, pour sa part, non équivoque :

> Le développement économique doit aujourd'hui obéir aux nouvelles règles imposées par l'ouverture des marchés et la mondialisation. Le Québec doit [...] soutenir la concurrence en regard des dépenses totales de santé, dont l'augmentation nuirait [...] à la capacité concurrentielle du Québec sur le plan économique. [...]
>
> Pour réduire les dépenses, il faut accroître l'efficience du système ou désassurer certains services. Pour augmenter les revenus, il faut recourir à de nouvelles mesures fiscales ou encore imposer des tarifs sur les services (MSSS, 1990 : 77).

Les impératifs d'efficience dans la gestion des ressources portent le Ministre à faire part très ouvertement de ses intentions : les décideurs doivent jouir d'une marge de manœuvre accrue, grâce à l'allègement de la réglementation et du cadre de gestion. Il suggère alors que des dispositions telles que celles obligeant la constitution des structures de nature consultative (Conseil consultatif du personnel clinique, Comité consultatif de la direction générale, directeur des services professionnels, directeur des soins infirmiers) puissent être retirées du cadre légal (MSSS, 1990 : 72).

Avec la Loi 120, le Ministre n'atteint que partiellement cet objectif, mais il s'assure, en bout de ligne, de pouvoirs réglementaires si étendus que c'est la portée même de la loi qui s'en trouve touchée. Pouvoirs réglementaires, créa-

tion d'un conseil d'administration unifié pour plusieurs catégories d'établissement, mesures visant l'économie d'échelle, promesse d'allégement des aspects de la réglementation actuelle touchant les décideurs-gestionnaires, constitution d'un centre de référence des directeurs généraux et des cadres. Voilà autant d'assises sur lesquelles s'appuie désormais le Ministre pour accroître l'efficience d'un système qui, à son avis, serait de moins en moins à la mesure de nos moyens.

UNE DEUXIÈME TÊTE : LA PROFESSION MÉDICALE

L'été 1991 est chaud, et la riposte des médecins à l'avant-projet de Loi 120 se montre soudaine et définitive. Au cours de tractations de dernières minutes, la profession médicale obtient la reddition du gouvernement, et ce dernier écarte maintenant toute tentative de discipliner l'enfant terrible du système. Entre autres, grâce au gain inestimable que constitue la création d'une Commission médicale régionale, dont chaque régie, alors, devra se doter, la profession médicale « surimpose » désormais une nouvelle logique au plan d'ensemble proposé par la loi. Si elle est la loi de l'efficience ou de l'efficacité concurrentielle, elle est aussi la loi de la profession souveraine et omniprésente ; en fait, elle est une loi à deux têtes. Examinons de plus près le visage « médical » de celle-ci.

- En plus de la constitution de commissions médicales régionales chargées de donner leur avis directement au conseil d'administration de la régie, et dont le président de la commission fait partie par surcroît, l'assurance de déposer un projet de loi créant le Conseil médical du Québec est donnée par le Ministre.
- La loi crée au sein de chaque régie régionale une direction de la santé publique dont le directeur sera un médecin, lequel aura une formation en santé communautaire.
- Un Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est institué pour chaque établissement où exercent au moins cinq médecins, dentistes ou pharmaciens.
- Un directeur des services professionnels est obligatoirement nommé dans un centre hospitalier ou un centre de santé, à la différence des autres établissements. Le directeur doit être un médecin et être nommé après consultation du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.
- Lorsqu'une plainte porte sur un acte médical, contrairement au traitement habituel des plaintes, le cadre supérieur doit acheminer la

plainte vers le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, ou le médecin désigné à cette fin par le conseil d'administration.

- Sur l'avis du médecin traitant ou désigné, l'établissement peut refuser l'accès momentané au dossier de l'usager, et déterminer le moment où le dossier, ou sa partie, pourra être communiqué à l'usager.
- L'obligation de constituer un Comité des usagers pour la plupart des établissements est facultative pour un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, comme c'est aussi le cas pour un CLSC.
- Faut-il le rappeler, enfin, « le statut de libre entrepreneur et le mode de rémunération à l'acte des médecins n'ont pas été touchés » (CSN, 1991 : 9).

Dans le sillon bien tracé par ce deuxième pouvoir, le personnel infirmier conquiert, pour sa part, un territoire enviable. Il a droit lui aussi, et aux mêmes conditions, à son Conseil des infirmières et des infirmiers, et à son directeur des soins infirmiers obligatoire en centre hospitalier et en centre de santé. Le Conseil des infirmières assure, de plus, la constitution d'un comité des infirmières-auxiliaires dont une représentante siège au comité exécutif du conseil.

QUELQUES DOIGTS DE PIED

Tandis que le Ministre, le groupe des technocrates et la profession médicale accaparent la quasi-totalité des leviers d'importances, quelques éléments sont distribués inégalement, ça et là.

Ainsi, *la population* est appelée à participer à tous les trois ans à l'assemblée régionale, comme elle le fait pour les assemblées publiques d'établissement, afin d'élire les membres du conseil d'administration de la régie régionale et d'approuver les priorités régionales. Il s'agit, pour 40 % des membres de l'assemblée régionale et la même proportion au conseil d'administration (CA) de la régie, de personnes élues par les municipalités et par les organismes représentatifs de groupes socio-économiques, ainsi que de groupes intéressés au domaine de la santé et des services sociaux.

En outre, *l'usager* fait l'objet d'une attention particulière lors d'énoncés de lignes directrices devant guider la gestion et la prestation de service. Ces énoncés réaffirment que la raison d'être des services est la personne qui les requiert. S'ajoute à cela un dispositif impressionnant pour le traitement des plaintes de l'usager et l'obligation pour tout établissement de se doter d'un code d'éthique. Enfin, la constitution obligatoire de comités d'usagers au sein de tout établissement, exception faite des centres hospitaliers de soins

généraux et spécialisés ou des CLSC, permet au surplus une représentation de deux sièges sur les CA d'établissement.

Le personnel clinique a droit à son Conseil multidisciplinaire, dont le comité exécutif devra être composé de titres d'emploi différents et, le cas échéant, de membres de corporations professionnelles différentes. Par contre, le CA peut décider si un seul conseil multidisciplinaire doit être institué pour l'ensemble des établissements qu'il administre. Cette dernière nuance peut modifier substantiellement la nature du rôle que peut jouer ou ne pas jouer un tel conseil.

Le milieu communautaire obtient, quant à lui, une reconnaissance explicite au sein de la loi. Celle-ci va jusqu'à préciser que le Ministre peut subventionner des organismes communautaires répondant à des besoins nouveaux non prévus dans un plan régional d'organisation de services d'une régie régionale. Le milieu communautaire se voit assigner un rôle d'assistance aux personnes qui portent plainte, mais, surtout, il doit constituer 20 % de l'assemblée régionale et il a droit à la même proportion de membres au conseil d'administration de la régie régionale.

L'instance syndicale, enfin, se voit attribuer une toute petite place relativement à l'élaboration du plan d'action pour le développement du personnel. En fait, il s'en est fallu de peu pour que la loi ne fasse aucunement référence à l'existence des syndicats dans les établissements (CSN, 1991 : 11-12). Le rôle de la CSN, pour la prendre en exemple, fut capital pourtant quand on voit ce qu'elle put faire valoir au sein de différentes coalitions comme celle pour le maintien de la gratuité ou la coalition pour la santé et le bien-être. Cette coalition a ainsi « obtenu du ministre l'engagement qu'il y aura création d'un Conseil de la santé et du bien-être » (CSN, 1991 : 10-11), capable de rétablir un certain équilibre face à l'éventuel Conseil médical du Québec.

La Loi 120 constitue un programme qui, en dehors de ses louables énoncés de principe, n'assure malheureusement pas toujours toute la cohérence voulue, compte tenu de son objectif principal : le maintien et l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population.

Bibliographie

CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS NATIONAUX (CSN) (1991). *La réforme Coté et les interventions de la CSN*, Montréal, CSN, Conseil confédéral des 12,13 et 14 décembre 1991, 72 p.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1991). *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, dans *Lois du Québec, 1991*, chap. 42. [Cette législation est communément désignée sous le nom de « Loi 120 » en raison du numéro du projet de loi présenté en décembre 1990.]

MAYER, R. et L. GROULX (1987). *Synthèse critique de la littérature sur l'évolution des services sociaux au Québec depuis 1960*, Synthèse critique n° 42, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, Les Publications du Québec, 1987, 156 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (1990). *Une réforme axée sur le citoyen*, Québec, Gouvernement du Québec, décembre, 93 p.

LAFOREST, J. (1976). « Réforme », *Service Social*, vol. 25, nos 2-3, juillet-décembre, 99-111.