Document generated on 10/12/2024 3:37 a.m.

Relations

Les ravages de la réforme Barrette

Denis Bourque and René Lachapelle

Number 798, September–October 2018

Développement régional : un Québec en morceaux

URI: https://id.erudit.org/iderudit/88768ac

See table of contents

Publisher(s)

Centre justice et foi

ISSN

0034-3781 (print)
1929-3097 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Bourque, D. & Lachapelle, R. (2018). Les ravages de la réforme Barrette. *Relations*, (798), 20–21.

Tous droits réservés © Relations, 2018

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/

LES RAVAGES DE LA RÉFORME BARRETTE

La réforme du système de santé orchestrée par le ministre Gaétan Barrette a privé les communautés locales d'importants leviers pour leur développement socioéconomique.

Denis Bourque et René Lachapelle

Les auteurs sont respectivement directeur du Département de travail social de l'Université du Québec en Outaouais et professionnel de recherche au Centre de recherche et de consultation en organisation communautaire (CRCOC)

Le projet de loi 10 déposé par le ministre de la Santé Gaétan Barrette, en 2014, et entré en vigueur le 1er avril 2015, a entraîné une importante centralisation du réseau public de santé et de services sociaux qui a eu de lourdes conséquences sur le développement des collectivités locales. Avec la réforme Barrette, le réseau est passé de 182 à 34 établissements. Hormis 12 centres hospitaliers universitaires (sauf celui de Sherbrooke) et des établissements des régions nordiques, la quasi-totalité des établissements ont été fusionnés au sein de 22 mégastructures, soit 13 centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et 9 centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Chaque région administrative n'en compte qu'un seul, sauf Montréal, qui en compte 5, et la Montérégie, qui en compte 3.

Ces CISSS et CIUSS sont chargés de veiller à l'organisation des services et à leur complémentarité sur leur territoire dans le cadre de multiples missions et installations : centres hospitaliers (CH), centres locaux de services communautaires (CLSC), centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) et centres de réadaptation (CR). Ils doivent aussi organiser leurs services en fonction des besoins de la population et des réalités particulières de chaque territoire : le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) leur demande en effet d'intégrer les réseaux *locaux* de services établis antérieurement par les centres de santé et de services sociaux (CSSS, abolis par l'adoption du projet de loi 10) dans un nouveau réseau *territorial* de services à l'échelle de la région. Or, on peut légitimement se demander comment une intégration de tous les établissements d'une région administrative peut respecter l'ancrage local. La centralisation recherchée met à mal les acquis concernant l'organisation des services en fonction des réalités locales, qui caractérise le modèle des CLSC, voire la prétention même de développer le caractère local du réseau de la santé et des services sociaux.

Cet objectif de centralisation et de contrôle politique se révèle au grand jour quand on voit que tous les présidents directeurs généraux d'établissement et leurs adjoints sont nommés exclusivement par le ministre Barrette. En réduisant de manière draconienne le nombre d'établissements, la réforme a fait disparaître autant de conseils d'administration auxquels participaient des citoyennes et des citoyens. On a ainsi mis fin à l'engagement citoyen d'environ 6000 personnes. Le message est clair : le nouveau réseau de la santé n'a besoin ni des citoyens, ni des usagers, ni du personnel de la santé pour se réorganiser. Tout comme les centres locaux de développement (CLD), dont les conseils d'administration ont été vidés de leurs représentants de la société civile, ou les conférences régionales des élus (CRÉ) et Solidarité rurale, qui ont été abolis, la réforme de la santé et des services sociaux prive les communautés locales des instances par lesquelles elles pouvaient exprimer leurs besoins et faire valoir leur point de vue. Pour les collectivités, cela signifie qu'elles n'ont plus voix au chapitre concernant des institutions qui jouent un rôle important dans leur développement et dont le financement représente plus de la moitié des fonds publics. Les contribuables paient, mais ont perdu leur droit de parole, un principe pourtant fondamental en démocratie. La résistance commence toutefois à se manifester : dans certaines régions, les autorités locales (à Amqui[1] et Sorel-Tracy, entre autres) ont entrepris de revendiquer un rapprochement des instances de décision et la

Caroline Hayeur, route 132 entre Cap-au-Renard et Sainte-Anne-des-Monts, Gaspésie, 2015

fin de la centralisation régionale des services de laboratoire. Elles dénoncent aussi la perte d'équipements spécialisés.

En analysant les plans d'organisation des CISSS et des CIUSSS, disponibles sur le site du ministère, on constate que toute référence aux territoires locaux est absente. Tous les plans sont structurés de manière verticale, selon des programmes-clientèles (personnes âgées, santé mentale et dépendance, santé physique, etc.). Aucun n'est organisé en fonction des communautés locales qui composent le grand territoire administratif régional qu'ils desservent. Sans considération, donc, pour les particularités des territoires des MRC, des municipalités-centres ou des arrondissements de grandes villes auxquels correspondaient les zones de desserte des CLSC et, généralement, celles des CSSS.

Il y a une volonté de fragmenter et de sectoriser l'action publique pour réduire le rôle de l'État et créer un climat propice à la privatisation des services.

Ce désarrimage d'avec le palier local est une négation du poids de l'économie publique dans les collectivités. Les établissements ne sont pas seulement des dispensateurs de services; dans plusieurs collectivités, ils sont le principal employeur. Ce sont, à ce titre, des acteurs économiques majeurs. En abolissant les citoyens administrateurs et en éloignant les gestionnaires du niveau local, on rend très aléatoire leur capacité d'ancrage dans les milieux de vie. On sait pourtant que le principal facteur de santé non seulement des personnes, mais aussi des communautés, c'est leur capacité d'agir sur les enjeux qui les concernent (en particulier en matière de santé). Or, tout se passe maintenant à l'échelon de la région administrative – ou d'un découpage sous-régional en Montérégie et à Montréal. Cela place les gestionnaires, dont le nombre a été réduit, devant le défi de parcourir parfois des centaines de kilomètres pour avoir un contact direct avec leur personnel. Par exemple, sur le territoire du CISSS des Laurentides, il y a près de 200 km entre Sainte-Thérèse et Mont-Laurier, et sur celui du CISSS du Bas-Saint-Laurent, 320 km entre La Pocatière et Les Méchins.

Une action publique incohérente

Paradoxalement, dans la plupart des autres champs de l'action gouvernementale, le palier régional est désinvesti au profit du territoire local: les directions régionales de plusieurs ministères ont été abolies, de même que les CRÉ, et les MRC ainsi que les municipalités sont devenues des «gouvernements de proximité» avec l'adoption du projet de loi 122, en juin 2017. Le nouveau pacte fiscal et la décentralisation promise modifient les règles de l'action collective concertée et renforcent le contrôle local, mais en réduisant les ressources dont disposent les collectivités. Ces choix politiques ont réussi à rendre incohérente l'action publique au Québec: d'un côté, on centralise à outrance le réseau de la santé et des services sociaux, de l'autre, on transfère des pouvoirs vers les territoires locaux. Il est permis de penser que, derrière cette apparente incohérence, il y a une volonté de fragmenter et de sectoriser l'action publique pour réduire le rôle de l'État et créer un climat propice à la privatisation des services, comme le confirme le virage vers une médecine entrepreneuriale (incorporation des médecins et création des super-cliniques, entre autres). Ces choix sont aussi nettement perceptibles dans les services à l'enfance avec l'affaiblissement des centres de la petite enfance (CPE) et la priorité donnée aux garderies privées subventionnées, dont les services sont reconnus pour être de moindre qualité.

C'est donc une vision du développement misant essentiellement sur le privé qui semble se dégager de l'action du gouvernement. Or, les communautés locales ne comptent pas que des entrepreneurs et elles doivent composer avec l'incohérence de l'action publique d'un État indifférent, en plus de subir une perte substantielle de moyens d'action qui affecte davantage les régions que les grandes agglomérations. En effet, Montréal et Québec disposent d'un volume de ressources largement plus important que celui de la majorité des MRC. Il est intéressant de voir que bon nombre de collectivités se sont activées pour renouveler leurs mécanismes de coordination en fonction des ressources disponibles, favoriser l'intégration des interventions que les politiques publiques ont désarticulées et renforcer diverses initiatives sociales et communautaires qui font avancer le développement collectif. On peut citer en exemple la démarche de Développement social intégré de Charlevoix[2], qui réunit les deux MRC et les institutions locales en réorganisant les ressources en fonction de la nouvelle donne. Ces démarches doivent composer avec des ressources réduites alors même que le gouvernement nage dans des surplus budgétaires, qu'il redistribue aux individus plutôt qu'en soutien aux politiques publiques! Pour pallier les compressions, l'action locale reçoit dans certaines régions un soutien de grandes fondations privées. Mais la philanthropie ne peut remplacer les ressources dont l'État les a privées. Elle permet seulement une aide ponctuelle que certains acteurs du développement local reçoivent avec l'espoir que prenne fin le régime «austéritaire».

Il est impératif que les CISSS et les CIUSSS soient repensés de façon à assurer un ancrage local du réseau public de services sociaux et de santé. Leur contribution au développement local doit être rétablie, car ils font partie de l'économie publique caractéristique du Québec. Ce réseau dispose encore d'une expertise héritée des CLSC et de 40 ans d'organisation communautaire et d'engagement en développement des communautés qui peut être sollicitée pour rétablir sa contribution au développement des territoires.

1. Voir «Amqui demande à Québec de céder l'hôpital à la population», Radio-Canada.ca, 21 juin 2016.
2. Voir: R. Lachapelle et D. Bourque, «Charlevoix et Bellechasse: deux dynamiques d'intégration en développement du territoire, CRCOC, Université du Québec en Outaouais, Cahier nº 17-08, décembre 2017.