

**TABLE DES REGROUPEMENTS PROVINCIAUX
D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET BÉNÉVOLES**
(secteur santé et services sociaux)

Analyse du Rapport de la Commission Clair
(Commission d'étude sur les services de santé
et les services sociaux)

Avril 2001

I - MISE EN CONTEXTE

Une délégation de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (TRPOCB) était reçue le 25 octobre dernier par les commissaires de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (la Commission Clair, du nom de son président). À l'instar de plusieurs organisations du secteur de la santé et des services sociaux, la Table a alors déposé un mémoire, *Pour un virage « social » du système de santé au Québec : Non à la privatisation des soins de santé et des services sociaux*, dans lequel elle mettait notamment en garde le gouvernement contre toute orientation pouvant altérer les grands principes à la base du système (gratuité, accessibilité, universalité). Moins de deux mois plus tard, le groupe de travail dirigé par Michel Clair présentait le résultat de ses travaux au gouvernement.

Le présent document se veut d'abord un instrument de travail pour les membres de la Table. Il s'agit d'un outil de réflexion portant sur les grandes lignes du rapport examinées à la lumière des recommandations qui étaient mises de l'avant dans le mémoire de la TRPOCB. L'assemblée générale annuelle de la Table devrait se prononcer sur les suites à donner à ce rapport et les éléments à prioriser en lien avec notre objectif, comme Table, à savoir notamment :

*Assurer la concertation entre les regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles dans le but de **favoriser une participation critique** du mouvement communautaire et bénévole à la réforme de la santé et des services sociaux et à ses suites.*

II - COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

En comparaison avec le Rapport Arpin¹, celui de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux est d'une portée beaucoup plus large ; de plus, il s'avère généralement plus subtil. En effet, les auteurs de ce Rapport ont fait l'effort de déployer un argumentaire susceptible d'aller au-devant des critiques, tout en affirmant qu'ils ont réellement à cœur le maintien d'un système basé sur la solidarité et l'équité. Misant sur la carte du « réalisme », les auteurs en arrivent toutefois à la conclusion que notre système de santé et de services sociaux est rendu à la croisée des chemins et qu'il faut faire des choix et prendre des décisions permettant au réseau de mieux performer.

Dès l'introduction, les auteurs nous mettent ainsi en garde : les défis auxquels fait face notre réseau de santé sont de taille ; par ailleurs, ils ne sont pas propres au Québec. La grande majorité des pays qui se sont doté de systèmes publics de santé et de services sociaux sont confrontés aux mêmes questions : *Y a-t-il une limite aux ressources que la société peut y investir ? Comment faire des choix ? Comment maximiser les avantages, pour la société et les individus, de l'argent disponible ? Comment préserver les valeurs qui forment l'assise de tout cet édifice sociétal ?* (p. ii). Ces questions annoncent assez bien l'orientation générale mise de l'avant : tout est mis en branle pour justifier des transformations importantes au sein du réseau ; transformations que nous souhaitons importantes aussi, mais qui vont dans un tout autre sens que celui que nous avons mis de l'avant !

Selon les auteurs du Rapport, la plupart des pays n'ont d'autres choix que de revoir l'organisation de leur système de santé et de services sociaux. L'évolution des connaissances, de la

¹ Ministère de la santé et des Services sociaux (1999). *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec. Rapport du groupe de travail*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

recherche et des technologies permet une multiplication des possibilités d'interventions, laquelle se heurte toutefois aux limites financières qu'un gouvernement peut consacrer au système : *Jusqu'à maintenant, aucune société n'a encore trouvé l'équilibre parfait entre l'obligation de faire des choix et de performer d'une part, et celle, d'autre part, d'assurer un accès équitable à tous les services de santé possibles. Toutes cherchent leur voie* (p. iii).

Autrement dit, il n'existe aucun pays capable de maintenir un système à la fine pointe de l'évolution des connaissances et de science, tout en maintenant les acquis en termes d'accessibilité et de gratuité. Pour atténuer le choc, les gouvernements doivent rationaliser et innover. Il convient de faire remarquer que la notion de « performance » introduit ici une dimension de compétitivité et de rentabilité axée sur le secteur privé, davantage que sur la « mission » de dispenser des services adaptés aux besoins de la population.

Les options proposées dans ce rapport portent autant sur le niveau de financement que les sources et les modes d'allocation des ressources. Elles sont dictées tantôt par des considérations épidémiologiques (on parle de groupes cibles, on recommande des interventions par clientèle ou autour de problèmes) tantôt par une logique comptable. Il est ainsi beaucoup question de **réseaux intégrés**, **d'imputabilité**, de **subsidiarité**, **d'évaluation par résultats**, etc. Bref, il faut bien comprendre que lorsque les auteurs de ce rapport parlent de la performance du réseau, il n'est pas tant question de performance en regard de l'état de santé de la population, mais bien plutôt en termes de rendement économique ou budgétaire. Selon les auteurs du rapport, une amélioration de la performance du réseau passerait ainsi par l'adoption de « plan d'affaires », par l'injection de fortes doses de management ou en misant sur le sens de « l'entrepreneurship » des médecins.

Il est aussi à noter que les différents points abordés dans le rapport coïncident avec les différents scénarios qui avaient été mis de l'avant pour lancer les débats. À l'époque, plusieurs groupes (dont la Coalition Solidarité Santé) s'étaient élevé contre cette façon de faire. Pour contrer ces critiques, le ministre Marois avait alors déclaré que tous les scénarios pouvaient être envisagés. Dans l'ensemble donc, peu de surprises. Il s'agit d'un rapport plutôt favorable à l'égard des médecins, surtout en comparaison avec ce que l'on dit sur les syndicats ou sur la lourdeur des conventions collectives. Les auteurs se révèlent par ailleurs très timides à l'égard de l'industrie pharmaceutique.

Enfin, il est relativement peu question des organismes communautaires. Ainsi, le rapport comporte 36 recommandations et 59 propositions. Sur l'ensemble de ces pistes d'action, à peine 1 recommandation et 2 propositions les concernent directement. Il est difficile d'y voir une reconnaissance de l'action communautaire. En fait, on invite le gouvernement à élaborer des ententes avec les organismes communautaires (lesquels sont le plus souvent désignés sous le vocable *tiers secteur*). Il serait toutefois difficile de parler en termes d'un véritable partenariat, tant le rôle qui est attribué aux organismes communautaires en est un de simple sous-traitant.

Au total donc, le contenu du Rapport de la Commission Clair est très loin des attentes qui étaient formulées dans le mémoire de la TRPOCB. On le verra dans les pages qui suivent, bon nombre des recommandations présentées dans ce rapport vont à l'encontre des demandes et des mises en garde de la Table

III - MAINTIEN D'UN SYSTÈME PUBLIC, GRATUIT, ACCESSIBLE ET UNIVERSEL (voir les recommandations 1, 5 et 11 du mémoire de la TRPOCB)

Si elles étaient appliquées par le gouvernement, plusieurs des recommandations du Rapport Clair pourraient se traduire par une réduction de l'accessibilité ou par une remise en cause de la gratuité des services de santé.

3.1 Les services couverts

Ainsi, les auteurs du Rapport Clair n'hésitent pas à affirmer qu'une remise en question des principes de la Loi canadienne sur la santé s'impose. Ces principes, notent-ils, étaient peut-être fondés dans les années 60 ; ils doivent toutefois être modernisés pour tenir compte de l'évolution de la pratique². Encore là, le discours se veut rassurant : *Les cinq grands principes de la Loi canadienne sur la santé doivent de toute évidence être modernisés sans remettre en question les valeurs de solidarité, d'équité et de compassion qui les sous-tendent* (p. 209).

Sans doute afin d'aller au devant des critiques, l'une des recommandations du Rapport (no 23) invite le gouvernement à se doter d'une loi dans laquelle serait prévu un *mécanisme hautement crédible qui aurait pour objectif d'évaluer et de réviser constamment le panier de services assurés, les nouvelles technologies médicales et les nouveaux médicaments* ; on ajoute que le comité qui serait chargé de procéder à ce travail devrait se composer : *d'experts scientifiques, médicaux, d'« éthiciens » et de citoyens reconnus pour leur humanisme* (sic) (p. 166).

Une telle mesure soulève de nombreuses questions. D'une part, il y a lieu de craindre qu'elle se traduise par la désassurance de services jusque-là couverts par l'assurance-maladie. Depuis 1982, de nombreux services ont cessé d'être couverts (soins dentaires, optométriques, physiothérapie, examens diagnostiques...). D'autre part, si le panier de services assurés se fait plus mince, les compagnies d'assurance vont certainement s'empressez d'offrir la couverture de ces services aux personnes qui peuvent se la payer.

À ces craintes, les auteurs du Rapport répondent que la situation oblige à faire des choix et à se fixer un ordre des priorités en tenant compte à la fois des critères d'efficacité, de coût et d'accessibilité. Pour eux, il ne s'agit pas d'une simple réduction de services dictée par la pression budgétaire ; on fait plutôt valoir que c'est le prix à payer pour maintenir un réseau public : *L'approche proposée ne se réduit aucunement à une « désassurance » technique de services ne visant qu'à réduire les coûts. Ce qui est proposé ici, c'est de définir, à partir de priorités « sociales », des services à offrir en fonction d'un objectif, celui d'optimiser l'effet sur la santé de la population, en tenant compte des indications cliniques et des ressources disponibles, mais aussi des objectifs d'équité, des dimensions éthiques et des autres priorités que se donne la société* (pp. 6-7).

3.2 Le financement du système de santé et de services sociaux

Le risque d'assister à un rétrécissement du panier de services assurés est d'autant plus grand que la Commission invite le gouvernement à se donner des balises en ce qui concerne le niveau des dépenses annuelles à consacrer à la santé (Recommandation 19 du Rapport). Si elle était appliquée, une telle

² Ex. : pour être couverts, les soins doivent être offerts à l'hôpital ; avec le virage ambulatoire les patients sont tôt renvoyés chez eux où ils doivent poursuivre leur convalescence.

mesure amènerait le gouvernement à se fixer un plafond à ses dépenses dans le réseau (XX % du budget total). Comme l'ont fait remarquer les représentants de la Coalition Solidarité Santé, une telle recommandation n'est pas exempte de risques. Si le budget total diminue (supposons par exemple une réduction des impôts), l'enveloppe attribuée à la santé diminuerait inévitablement, et ce, sans égard à l'état de santé de la population.

La question globale du financement du système de santé est relativement peu abordée dans le Rapport. Les auteurs vont examiner l'importance des dépenses publiques consacrées à la santé, les mettre en relation avec le niveau d'endettement de la population et l'importance des impôts (voir pp. 141 et ss.). Au total, les auteurs se trouvent à reprendre les conclusions que l'on trouvait dans le Rapport Arpin : le rythme de l'augmentation des dépenses en santé est beaucoup plus élevé (on parle de 5 % par année) que celui de l'augmentation des revenus de l'État. Il s'ensuit un décalage qui augmente d'année en année, laissant le gouvernement dans une situation de *vulnérabilité du financement fiscal*. Autrement dit, les revenus actuels du gouvernement ne suffisent pas à financer l'augmentation des dépenses du système.

Face à ce constat, les auteurs du Rapport rejettent l'option d'une réforme fiscale (ce que proposait la Table). Sans aborder comme telle cette question, ils font valoir que le fardeau fiscal de la population québécoise est déjà très élevée. Pas question non plus de revoir le taux de taxation des entreprises, de peur finalement de les voir quitter la province. Que faire alors ? Plusieurs options sont mises de l'avant. Plusieurs d'entre-elles vont à l'encontre des préoccupations formulées dans le mémoire de la Table car elles risquent de se traduire par des coûts supplémentaires pour la population et par une forme plus ou moins déguisée de privatisation :

- obtenir une contribution plus élevée du fédéral dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, le TCSFS (recommandation 21)
- mise sur pied d'une fondation et adoption de mesures pour stimuler les fondations existantes afin de combler les besoins en matière de technologies médicales (recommandation 28)
- série de mesures pour améliorer l'efficacité du réseau (recommandations 22, 24 et 25)
- création de cliniques affiliées (recommandation 7, proposition 27)
- mise sur pied d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie (recommandation 29) que d'aucuns ont surnommé une « caisse-vieillesse ».

Le fonctionnement de cette « caisse-vieillesse » s'apparenterait à celle prévue pour l'assurance-médicament. Elle serait financée par des contributions obligatoires dont le niveau varierait en fonction des revenus individuels. Chaque individu serait mis à contribution : autant les personnes sans travail que celles recevant des prestations de bien-être social. Pour leur part, les entreprises seraient exemptées. Une telle mesure soulève de nombreux problèmes :

- 1) elle fait porter la responsabilité de l'augmentation des coûts du système sur le vieillissement de la population (ce que contestent certains chercheurs comme nous le notions dans le mémoire de la Table) ;

2) Cette mesure est inéquitable dans la mesure où elle se traduira par l'instauration d'une taxe régressive. Il y aurait un plafond : on pourrait par exemple se retrouver dans une situation où une personne ayant 30 000 \$ de revenus paie la même contribution qu'une autre dont le salaire s'élève à 125 000 \$;

3) Elle ouvre la porte à la mise en place d'autres régimes d'assurance et à la privatisation de certains services qui ne seraient plus couverts par ce régime.

4) D'aucuns, enfin, pourraient se demander si on ne se dirige pas vers un système à la carte. Après la mise en place de l'assurance-médicaments et la création de la « caisse-vieillesse », quelle sera la prochaine étape ? Une caisse maternité ? Une caisse radiothérapie ? Nous sommes en droit de poser sérieusement la question !

3.3 Les groupes de médecine familiale

L'une des propositions principales du Rapport de la Commission Clair concerne la mise sur pied de groupes de médecine familiale (recommandation no 4 et propositions 14 et 15). Depuis le dépôt du rapport, le gouvernement a d'ailleurs déjà annoncé qu'il irait de l'avant avec cette proposition. A priori, l'idée peut être séduisante : il s'agirait de réunir de six à dix médecins qui, appuyés par deux ou trois infirmières, travailleraient en équipe auprès d'une population donnée au sein d'une clinique dotée de l'équipement nécessaire pour effectuer un suivi de première ligne.

Telle que formulée, la proposition préconise la mise en place d'un mode de rémunération mixte pour les médecins qui adhèreraient à cette formule. L'on maintiendrait le paiement à l'acte auquel viendrait se greffer un régime dit de « capitation ». Le principe serait le suivant : le médecin reçoit une enveloppe budgétaire variant selon le nombre de patients inscrits ; en échange, ce dernier s'engage à offrir à ces patients une gamme définie de services médicaux de base et à coordonner les services que requièrent leurs patients dans les autres établissements du réseau.

Ainsi présentée, cette recommandation se trouve à recouper certaines demandes présentées dans le mémoire de la Table. On y recommandait en effet l'abandon du paiement à l'acte au profit d'une mode de rémunération salarial ou mixte. Le mémoire se prononçait également en faveur du travail en équipe, laissant toutefois aux personnes le soin de déterminer quel intervenant coordonnerait les soins³.

À y regarder de plus près cependant, la formule proposée dans le rapport Clair comporte de nombreux risques en matière d'accessibilité aux soins. Avec cette formule, on mise d'abord sur l'esprit d'entrepreneurship des médecins. Ces derniers recevraient une aide financière de l'État pour mettre sur pied leur clinique. Le plan suggéré par la Commission Clair consiste à s'assurer de la création de tels groupes partout au Québec, et ce, le plus rapidement possible (on vise un horizon de quelques années). Chaque Québécois-e serait invité-e à se choisir un médecin qui deviendrait son médecin de famille, la formule prévoyant en outre une obligation de « fidélité » : *Ce choix s'exprimerait par une inscription volontaire, c'est-à-dire une entente mutuelle entre le citoyen et le médecin pour une période déterminée (6 mois par exemple), avec possibilité de changement au bout de cette période* (p. 52).

³ En mettant le médecin au centre de l'intervention, il est à craindre que l'approche médicale prenne le dessus sur les autres formes possibles d'intervention. C'est une crainte que nous émettions dans notre mémoire.

Même si les commissaires invitent le gouvernement à baliser la mise en application d'une telle formule, les risques de dérapage sont nombreux :

1) Il est loin d'être sûr qu'une telle formule parviendra à régler les nombreux problèmes de répartition des médecins sur le territoire. Une fois de plus, on mise sur des incitatifs financiers (aide au démarrage de clinique). Dans la mesure où cette formule s'articule autour du paiement à l'acte et d'un régime par capitation, comment s'assurer de la présence de médecins dans des régions faiblement peuplées ?

2) Suivant une même logique, il est loin d'être évident que les personnes les plus vulnérables auront facilement accès à un médecin. En effet, la logique même d'une telle formule conduira possiblement de nombreux médecins à privilégier une clientèle dont le profil médical est moins lourd (et donc plus payant). En effet, plus leurs patients seront en santé, moins ils demanderont de soins laissant ainsi au groupe de médecins de famille une plus grande marge de profit sur l'enveloppe budgétaire allouée. Qu'est-ce qui coûte le moins cher : suivre un groupe de 100 personnes issues de milieux favorisés ou 100 personnes peu fortunées⁴ ?

3) Enfin, la mise sur pied de ces groupes de médecine familiale (lesquels fonctionneraient le plus souvent en cliniques privées) risque d'engendrer des effets pervers. Par exemple, si les enveloppes budgétaires sont plafonnées certains médecins pourront être tentés de rationaliser leurs services qui ne font pas l'objet d'une rémunération à l'acte. D'autres auront peut-être recours à une tarification de services dits « connexes » ou administratifs pour maximiser leurs profits. D'autres encore songeront peut-être à orienter leurs clients vers des ressources moins dispendieuses.

3.4 Transformation de la vocation des CLSC

Toujours au sujet des Groupes de médecine familiale, les auteurs du Rapport Clair soulignent que ces derniers peuvent se mettre sur pied à l'intérieur d'un CLSC. En lisant entre les lignes du Rapport, on devine rapidement qu'une telle formule n'est pas privilégiée. En ce qui concerne les CLSC, le Rapport préconise plutôt un changement de vocation.

En effet, les commissaires y vont d'un constat plutôt défaitiste : selon eux, les CLSC ne sont jamais parvenus à s'imposer comme porte d'entrée du réseau, notamment en raison de la compétition des cliniques. Plutôt que d'y aller avec des recommandations visant à corriger cette situation, le Rapport préconise un changement de cap créant deux pôles distincts de soins de première ligne. On souhaite ainsi amener les CLSC à se concentrer sur les interventions sociales, laissant le soin aux cliniques médicales de se développer le volet médical : *S'ils (les CLSC) font généralement peu de consultations médicales courantes, par contre ils offrent des programmes de promotion et de prévention, des services psychosociaux, des programmes spécifiques pour les clientèles vulnérables et d'autres programmes comme des soins et services à domicile. Il est temps à notre avis, de reconnaître cette double réalité et de miser sur leurs forces respectives et complémentaires. Plutôt que de proposer un mariage forcé, nous proposons un partenariat formel, négocié de gré à gré* (p. 44).

⁴ Sur ce point, les Commissaires expliquent qu'il est possible d'arriver à calculer le montant auquel aurait droit une clinique suivant le profil socio-sanitaire des patients. Cette formule est beaucoup plus près finalement du paiement à l'acte que d'un régime salarial.

Avec la recommandation 3 du Rapport, on invite donc le gouvernement à confier aux CLSC le volet social du réseau de services de première ligne en s'assurant qu'un ensemble commun de services sociaux soit offert à la grandeur de la province. Leur rôle s'en trouverait donc passablement modifié. Ces derniers seraient ainsi responsables des services psychosociaux de première ligne, de services beaucoup plus importants à l'égard des enfants⁵ et des familles, de services intégrés aux personnes âgées, etc. En fait, ces derniers seraient appelés à devenir une sorte de répartiteur dont le rôle consisterait notamment à :

- assurer et dispenser certains programmes ou services;
- guider et « référer » (sic) la population vers les ressources appropriées;
- assurer et favoriser l'accès des services sociaux ciblés aux groupes et personnes vulnérables;

Avec la formule proposée ici, on se trouve donc à modifier radicalement le mandat des CLSC en les amenant à jouer un rôle complémentaire aux cliniques médicales. À leur création, les CLSC avaient comme mandat de voir à la concertation des services de santé et des services autour d'une approche globale de la santé. Avec le virage proposé ici, on s'éloigne d'une telle approche au profit d'un mode parcellaire de gestion. De plus, il pourrait s'ensuivre une privatisation des certains soins de santé. En effet, ces derniers n'auraient pas nécessairement à offrir eux-mêmes les services sociaux. On les invite à conclure des ententes de services, que ce soit avec les organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale ou d'autres partenaires privés, afin de s'assurer que la population puisse avoir accès à ces services.

Ce changement de cap va à l'encontre d'au moins deux recommandations importantes du mémoire de la TRPOCB : 1) on s'éloigne encore plus d'un modèle d'intervention axée sur une approche globale de la santé ; et 2) il y a des risques évidents de privatisation.

3.5 Création des cliniques affiliées

Une autre option mise de l'avant dans le rapport de la Commission Clair pourrait avoir une incidence sur l'accessibilité et la gratuité des soins. On recommande en effet de permettre la création de cliniques privées, lesquelles seraient affiliées aux hôpitaux. Tout en conservant le statut d'établissements privés, ces cliniques fonctionneraient en marge des hôpitaux et pourraient pratiquer un certain nombre d'interventions (par exemple en ophtalmologie, en oto-rhino-laryngologie, en radiologie, etc.).

En dépit des modalités d'encadrement prévues (le patient n'aurait pas à payer plus qu'il ne le ferait à l'hôpital, vérification de la qualité, mesure pour contrer d'éventuelle pénurie de médecins dans les hôpitaux) et des avantages mis de l'avant pour justifier une telle réorganisation (diminution des listes d'attentes dans les hôpitaux, meilleur accès pour les patients, etc.), une telle option comporte des dangers. Selon certaines études⁶, de telles cliniques coûtent plus cher à administrer que les hôpitaux. Par ailleurs, elles peuvent contribuer à faire augmenter les listes d'attente en attirant une partie du personnel

⁵ Selon certaines recommandations du Rapport, les CLSC pourraient même offrir des services complémentaires aux Centres jeunesse (voir pp. 56 et ss).

⁶ Voir la série d'articles publiés en juin dernier dans le *Devoir*.

médical des hôpitaux (alors qu'il y a déjà pénurie de certains spécialistes). De plus, la pratique des frais connexes est très répandue dans ces cliniques. Enfin, on pourrait créer une situation où ces cliniques effectuent les interventions les plus « payantes », laissant aux hôpitaux le soin de prendre en charge celles qui rapportent moins.

IV - APPROCHE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

4.1 Prévention :

Le Rapport Clair s'ouvre sur un long chapitre où l'on insiste sur la prévention tout en démontrant l'urgence de prévenir. La première recommandation du rapport invite d'ailleurs le gouvernement à faire de la prévention l'élément central de sa politique de santé et de bien-être. Doit-on s'en réjouir pour autant ? Il faut bien voir que les commissaires ont une perception des mesures préventives qui demeure très axée sur une approche épidémiologique de la santé. On va par exemple faire valoir qu'il est important de mettre sur pied des programmes bien ciblés que ce soit autour de groupes particuliers (personnes âgées, enfants...) ou autour de problèmes de santé bien circonscrits (diabète, maladie cardiovasculaire...).

Fait significatif par exemple, il est très peu question des politiques sociales ayant une incidence sur les déterminants sociaux de la santé. Certes, on reconnaît que le gouvernement doit s'en préoccuper *«Des gains substantiels en matière de santé et de bien-être pourraient être obtenus par des actions soutenues et cohérentes sur les déterminants de la santé. C'est le Ministère qui doit avoir la responsabilité d'un plan d'action gouvernemental permanent et interministériel pour lutter contre les déterminants négatifs. Le Québec a fait preuve de clairvoyance en intégrant la dimension des services de santé et des services sociaux il y a déjà plusieurs années. Il faut non seulement conserver cette cohabitation mais la pousser encore plus loin dans la gestion préventive du bien-être des québécois (p. 209) »*. Cela étant dit, on constate que les commissaires ne proposent aucune recommandation allant, par exemple, dans le sens d'une meilleure répartition des richesses.

En dépit donc de l'importance accordée à la question de la prévention, les commissaires n'ont pas jugé bon de retenir une des propositions de la TRPOCB qui invitait le gouvernement à investir davantage dans les services de prévention et en matière de politiques sociales et économiques ayant un impact sur les déterminants sociaux de la santé (recommandation no 2 du Mémoire).

Dans la mesure où les auteurs affirment que le gouvernement doit placer la prévention au centre de sa politique de santé et de bien-être, il est ensuite pour le moins surprenant de constater qu'une seule proposition du Rapport porte sur la question des déterminants sociaux de la santé. Et encore, cette recommandation (no 13) ne concerne que la recherche en ce domaine : *Que le MSSS, en collaboration avec le ministère de la Recherche, de la Science et de la technologie et son Conseil québécois de la recherche sociale, favorise le développement accéléré de la recherche sur l'évaluation des pratiques et approches sociales et sur les déterminants sociaux de la santé (p. 51)*.

Par ailleurs, les auteurs du rapport vont plutôt privilégier une approche épidémiologique ou bien ciblée, rejetant du même coup les approches plus globales. Plutôt que de vouloir corriger les problèmes à la source (ex. : en luttant contre la pauvreté qui est un déterminant social de la santé très important) on suggère qu'il est possible d'agir pour contrer ses effets. Par exemple, on fait une énumération des coûts

reliés aux problèmes vécus pendant l'enfance en insistant sur le fait qu'il en résulte *une utilisation accrue des soins de santé, les personnes défavorisées et vulnérables présentant plus de problèmes de santé*. On ajoute toutefois que *Plusieurs études confirment que l'effet des inégalités sociales sur les coûts de la santé est réversible et que des mesures intensives de soutien aux enfants et aux familles modifient le cours des choses* (pp. 56-57). De quels types d'intervention parle-t-on ? S'agit-il encore une fois de médicaliser les problèmes sociaux ?

Le mémoire de la Table insistait ensuite sur la particularité du travail des organismes communautaires en insistant plus particulièrement sur le fait qu'il se singularise souvent par une approche globale des problèmes. Encore là, il serait difficile de trouver dans le Rapport Clair des signes d'une reconnaissance d'une telle approche. On insiste ainsi sur le fait que les programmes doivent pouvoir faire l'objet d'évaluation avec des *indicateurs de résultats assez concrets pour que les intervenants puissent y donner suite à tous les niveaux du système*. (p. 34). On le sait, ce type d'évaluation est souvent incompatible avec l'approche des organismes communautaires.

Le mémoire de la TRPOCB invitait en outre le gouvernement à favoriser le développement d'une approche globale de la santé dans les établissements du réseau. Sur ce point, la réduction du mandat confié aux CLSC va totalement à l'encontre d'une telle recommandation.

4.2 Des investissements supplémentaires dans le réseau ?

Dans son mémoire, la Table invitait le gouvernement à dénicher des sommes supplémentaires afin d'investir davantage dans le réseau de la santé et des services sociaux. On l'a vu précédemment, les commissaires ne plaident pas en ce sens ; ils invitent plutôt le gouvernement québécois à réclamer davantage d'argent au fédéral, suggèrent la mise sur pied de fondation, etc.

Le Rapport ne comporte qu'une seule recommandation directe où l'on invite le gouvernement à investir dès maintenant. Avec la proposition no 20, on demande en effet au gouvernement d'injecter 20 millions \$ par an (pendant 5 ans) dans le secteur « enfance et jeunesse ».

V - L'ORGANISATION DU RÉSEAU

5.1 Un changement de paradigme

Le chapitre 4 du Rapport s'ouvre sur une introduction où les auteurs nous proposent une nouvelle « vision » du fonctionnement du réseau. Il s'agit en quelque sorte de renouveler la culture organisationnelle et les modes de gestion du réseau, lesquels sont jugés trop contraignants. En lieu et place, ils nous proposent un ensemble de mesures visant à développer une culture de l'excellence et de la performance. Ce chapitre est des plus particuliers dans la mesure où les auteurs suggèrent des réformes inspirées des pratiques qui ont cours dans l'entreprise privée. En gros, on fait valoir que l'amélioration du réseau n'est possible que si on y instaure une *saine compétition*.

Dans ce nouveau *paradigme*, il est possible d'envisager des partenariats avec l'entreprise privée. On ne parle plus de malades, de patients ou de bénéficiaires, mais bien de clients et d'acheteurs : *Au lieu de l'exclusion du secteur privé, s'instaurera le partenariat là où il peut contribuer à assurer*

l'économie, l'efficience et l'efficacité du système et donc sa pérennité. Le partenariat sera aussi à la base de la relation du réseau avec le tiers secteur. Les rapports entre les différentes composantes du système évolueront vers des rapports contractuels pour donner corps au concept de « l'argent suit le client » et introduire la mesure des résultats attendus par l'acheteur (p. 137).

Dans ce chapitre, les auteurs remettent en question plusieurs pans de l'organisation du travail (des employés salariés faut-il préciser). On critique par exemple *l'ancien paradigme de la culture de la protection des acquis, du conformisme organisationnel*. Pour combattre la *morosité* qui s'est installée dans le réseau, on invite les établissements à se doter d'un projet d'organisation de type *projet d'entreprise (proposition 33)*. On veut aussi revoir certaines modalités des conventions collectives (négociations locales, favoriser plus grande mobilité, valoriser les compétences, etc.).

Encore là, les auteurs jouent la carte du « réalisme » pour faire valoir leur point de vue. Parmi les arguments déployés pour tenter de convaincre le lecteur, on va même jusqu'à affirmer qu'une telle réforme (l'émergence de ce nouveau paradigme) sera *l'antidote à la naissance d'un système à plusieurs vitesses* (p. 138).

5.2 Le financement des établissements

Dans son mémoire, la Table recommandait l'abandon du mode actuel de financement des établissements (financement historique). Sur ce point, les auteurs du rapport abondent un peu dans le même sens.

Ils prônent ainsi la mise en place d'un nouveau modèle plus près des réalités territoriales. La vision proposée s'écarte toutefois de ce que préconisait la TRPOCB, mettant plutôt de l'avant un modèle axé sur les résultats et la performance : *Les modes d'allocation des ressources financières doivent changer en conséquence. À moyen terme, il faut chercher à la fois à intégrer les enveloppes de tous les niveaux, assurant ainsi une fluidité budgétaire et à budgétiser par épisodes de soins et de services, sur la base des meilleurs pratiques et en fonction des volumes réels. Cela permettra de combler progressivement les écarts entre les établissements en fonction des plus performants* (p. 161).

Sur ce point donc, les différences sont notables. L'approche prônée s'avère centrée sur une approche misant beaucoup sur l'évaluation des résultats et la performance.

5.3 L' informatisation

Même si les commissaires reconnaissent que cette question soulève différents problèmes en matière de protection des renseignements (le mémoire de la Table insistait beaucoup sur ce point), les commissaires plaident pour la mise en place rapide de ces systèmes (recommandations 10 et 27). Une fois de plus, on sent que les considérations qui priment ici se rattachent davantage à des questions de rentabilité et de performance, plutôt qu'à un souci touchant à la qualité des soins ou au respect des patients.

5.4 Les professions de la santé

On l'a vu précédemment, le Rapport reconnaît la nécessité de revoir le mode de rémunération des médecins. Le mémoire de la Table invitait d'ailleurs le gouvernement à revoir cette question et à instaurer de nouveaux modes de paiement.

Le Rapport Clair y va donc d'un certain nombre de recommandations. Différentes façons de faire pourraient être mises en place suivant le type de médecin (médecin de famille, spécialistes, ceux exerçant dans les centres hospitaliers universitaires, etc.). Les auteurs soulignent toutefois qu'un important travail de réflexion reste à faire pour établir les meilleurs mécanismes de rémunération. En ce qui concerne les médecins de famille, la formule à retenir devrait s'articuler par exemple autour de ces éléments : *un montant en fonction du nombre de personnes inscrites et de leurs caractéristiques socio-sanitaires, un forfait pour la participation à certains programmes (CHSLD, urgence, programme de CLSC, populations vulnérables, etc.) selon les contrats ou les ententes, et un montant à l'acte soit pour des activités spécifiques de prévention, soit pour soutenir la productivité dans des activités où le volume est important* (p. 53). Une telle formule s'inspire finalement de la même logique que celle qui prévaut à l'heure actuelle (paiement à l'acte).

Ces recommandations s'avèrent donc généralement timides et ne visent pas nécessairement à mieux contrôler ces dépenses. Au contraire, on mise beaucoup sur le sens des affaires des médecins (ex. : mise sur pied de cliniques privées ou de groupes de médecines familiales) ou en leur promettant plus de pouvoirs dans l'administration (recommandation no 8).

Par ailleurs, la Table, à l'instar de nombreux groupes qui ont présenté des mémoires, préconisait une révision en profondeur du Code des professions de façon à éviter les luttes de territorialité et une meilleure concertation entre les intervenants tout en favorisant le développement de pratiques alternatives. À cet égard, le rapport Clair comporte bien quelques recommandations allant dans ce sens, mais celles-ci ressemblent davantage à des vœux pieux. Avec la recommandation 16 par exemple, le gouvernement est convié à revoir le cadre d'exercice des pratiques professionnelles de façon à favoriser la mise en place de conditions nécessaires au travail en interdisciplinarité.

En ce qui concerne la répartition des pouvoirs entre professions, le rapport est également bien timide. La seule véritable « nouveauté » consisterait à confier certaines responsabilités supplémentaires aux infirmières. On invite également (proposition no 32) le gouvernement à favoriser la mise sur pied d'une nouvelle catégorie d'infirmières, les *infirmières praticiennes*.

Bref, on ne peut pas parler d'une véritable volonté à l'effet de revoir en profondeur le cadre professionnel. Au mieux, on *convie* les professionnels à des changements ne remettant pas en cause leur statut « privilégié ». D'ailleurs pas une ligne du rapport ne touche ouvertement aux pratiques alternatives si ce n'est quelques phrases bien vagues. On parle par exemple des *pratiques novatrices... qui se situent à la marge des conventions, dans des zones grises qu'il convient d'éclairer pour mieux profiter de ces innovations*.

5.5 L'industrie pharmaceutique

Les auteurs du Rapport soulignent bien à quel point le développement technologique et pharmaceutique exerce une pression à la hausse sur les dépenses. Par contre, on y trouve bien peu de mesures orientées vers un plus grand contrôle de l'industrie pharmaceutique comme le préconisait la Table dans son mémoire.

À peine deux recommandations (no 23 et 24) concernent l'industrie pharmaceutique. On fait alors valoir l'importance de s'assurer d'une meilleure évaluation des médicaments et des technologies médicales. On va par ailleurs préconiser la mise en place d'un plan de monitoring des principaux facteurs de croissance des coûts reliés aux médicaments. Il n'y a rien là de très encadrant pour l'industrie, les commissaires faisant valoir qu'il est préférable de surveiller **la consommation** de médicaments pour mieux l'encadrer.

Par ailleurs, l'une des recommandations de la Table invitait le gouvernement à revoir son programme d'assurance-médicament de manière à assurer une plus grande équité. Le Rapport Clair n'aborde pas cette question.

VI - RECONNAISSANCE DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

En matière de reconnaissance du travail et de l'autonomie des organismes communautaires, le Rapport Clair comporte bien peu d'éléments positifs. Certes, le document comporte quelques beaux passages sur la contribution de l'action communautaire (notamment dans le secteur de la santé mentale) et quelques recommandations bien vagues. La proposition 56 invite par exemple les établissements et les régies régionales à reconnaître *la contribution essentielle des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale et des coopératives*.

Pour le reste, les commissaires passent à côté de la question de fond, celle de la préservation de l'autonomie des groupes communautaires. Que ce soit au sein des quelques recommandations où il est question des services offerts par le « tiers secteur » ou dans les descriptions faites concernant l'organisation du réseau, on constate qu'au contraire, les auteurs du rapport ont généralement tendance à percevoir les organismes communautaires comme de simples sous-traitants du réseau. Le plus souvent, le communautaire est d'ailleurs placé sur le même pied que l'entreprise privée ou présenté comme un partenaire éventuel dans des politiques visant à offrir des services (par exemple de soins à domicile) au meilleur coût possible.

Par exemple, la recommandation 26 du Rapport est formulée comme suit : *Que le gouvernement du Québec se dote d'une politique cadre de partenariat avec le secteur privé et le tiers secteur ; que cette politique permette d'accélérer les investissements nécessaires à l'adaptation des services aux nouvelles réalités et améliore l'accessibilité aux services à tous, sans égard à leur revenu*. Une telle politique permettrait par exemple le développement d'un réseau de soins aux personnes âgées. Sur ce point, on laisse ainsi entrevoir le recours aux entreprises (plaçant encore sur le même pied l'entreprise privée et les entreprises d'économie sociale) lesquelles seraient invitées à présenter des offres de services dans le but de pouvoir offrir des services au *meilleur coût* possible.

En résumé, les commissaires sont bien prêts à reconnaître les groupes communautaires en autant qu'ils acceptent de jouer leur rôle de « partenaire » et en se pliant à la logique du réseau en matière d'évaluation. On ne sent guère d'ouverture face à une approche différente qui s'éloigne du modèle épidémiologique.

Par ailleurs, le rapport traite également des organismes communautaires dans la section où il est question du rôle des CLSC. Dans le modèle mis de l'avant, l'action communautaire ferait partie du

mandat des CLSC. Ces derniers devraient notamment offrir *des activités d'intervention communautaire dans une perspective de prise en charge des collectivités par elles-mêmes*.

Les CLSC se verraient en outre confier un rôle de « répartiteur », orientant la population vers les ressources de la communauté (proposition no 11). Dans les faits, la Commission semble considérer les groupes communautaires comme de simples instruments pouvant être utiles pour réaliser les politiques et les attentes gouvernementales.

Ce travail de coordination donnerait lieu à différentes ententes. On insiste beaucoup par exemple sur les programmes visant les jeunes. Sur ce point, le Rapport propose la création d'un groupe de travail réunissant différents intervenants jeunesse du réseau public et des organismes communautaires. Ce groupe serait chargé de concevoir un ensemble de services de base (certains à caractère universel, d'autres visant clientèles plus spécifiques) que chaque CLSC devrait offrir. Pour assurer la coordination de ces groupes, on préconise la nomination d'un coordonnateur, lequel **serait choisi et rémunéré** par les différents « partenaires » impliqués dans ces programmes (incluant les organismes communautaires) (voir la proposition 16, p. 59).

VII – D'AUTRES POINTS DU RAPPORT CLAIR

Le résumé qui précède ne touche qu'un certain nombre des recommandations et propositions développées dans le Rapport de la Commission Clair. Dans ce document, les commissaires s'attardent également sur plusieurs questions qui ont été à peine effleurées dans le mémoire de la TRPOCB.

Plusieurs recommandations portent ainsi sur la *gouverne* des établissements du réseau. Un des points majeurs de cette section à trait au mode de nomination des administrateurs des différents établissements. En résumé, on invite le gouvernement à exercer un plus grand contrôle (par exemple en nommant lui-même les membres des conseils d'administration des régions régionales) et à favoriser la mise sur pied de conseils d'administration « unifiés ». Certains (comme Jacques Fournier⁷) y voit là le premier pas vers un mouvement de fusion des établissements.

En guise de conclusion, il est à souligner qu'il y a des absences de taille dans le Rapport de la Commission Clair. Alors que les auteurs parlent abondamment des personnes âgées, des jeunes, des personnes aux prises avec des problèmes de maladies mentales, il n'est nullement question par exemple des personnes handicapées ou des impacts du virage ambulatoire sur les femmes...

Recherche et rédaction : Denis Béliveau

⁷ Jacques Fournier est rédacteur en chef de *Interaction communautaire*. Voir son analyse intitulée : « Le Rapport Clair: six points forts, treize points faibles et quelques paradoxes ».

Sous la coordination de l'exécutif élargi de la Table : Marie Rhéaume, Marie-Josée Lamarre, Michel Morin, Claudette Vandal et Madeleine Lacombe, coordonnatrice.