



Commission thématique sur la santé, les conditions de vie et les services sociaux

Les réformes successives du réseau de la santé et des services sociaux au Québec

*Texte de référence #4 accompagnant le cahier de participation
pour l'élaboration du programme de Québec solidaire en matière de services publics*

Présentation

Les premières interventions significatives du gouvernement du Québec dans le domaine de la santé ont eu lieu (i) en 1921 avec l'adoption de la Loi de l'assistance publique, qui assurait les frais d'hospitalisation des indigents; (ii) en 1933 avec l'adoption de la Loi des unités sanitaires qui marquait le début de l'intervention du Québec dans le secteur de la santé publique; et (iii) au début des années 60 lorsque fut adoptée la première véritable politique de services dans le secteur de la santé par l'entrée en vigueur en 1961 du programme d'assurance-hospitalisation.

Le présent tableau se veut un résumé synthèse des principaux éléments qui composent l'historique des réformes du système de santé et de services sociaux au Québec depuis sa mise en place. Sans avoir la prétention d'être complet, le document rassemble néanmoins les événements, décisions, réflexions qui ont marqué l'évolution du système de santé et de services sociaux depuis surtout 1960. Certains auteurs (Rigaud, Turgeon et Gagnon, 2006) parlent d'une évolution en trois phases selon les époques soit 1960-1980 : développer; 1980-2000 : améliorer; et depuis la fin des années 1990 à aujourd'hui : réinvestir.

Dans la première colonne, ces éléments sont mis en relation avec la conjoncture socio-politique et économique qui évolue au cours des décennies. Dans la seconde, nous dégageons les fondements et principes sur lesquels reposent les décisions ou recommandations des acteurs sociaux concernés. Ensuite, dans les colonnes suivantes, nous identifions les impacts sur l'organisation et la gouvernance, puis sur le financement des services. On voit très bien dans le tableau comment la réforme des structures s'est accentuée depuis 1990. On voit aussi le désengagement graduel de l'état et la pénétration du privé. L'objectif poursuivi par ce document est de permettre aux personnes qui participent aux cercles citoyens d'avoir facilement accès à une information sur l'évolution du réseau et sur les enjeux qui sont au cœur des débats qui marquent son histoire. Les commentaires, ajouts et corrections le cas échéant, sont les bienvenus.

Période	Éléments de conjoncture	Fondements et principes	Impact sur l'organisation et la gouvernance des services	Impact sur le financement des services
1960-1970	<ul style="list-style-type: none"> - Avant 1960, le réseau de la santé évolue lentement vers un régime public; - À partir de 1960 et de la Révolution tranquille, la modernisation de l'État s'accélère; - La Loi canadienne sur les services médicaux est adoptée en 1966 - La Commission Castonguay-Nepveu recommande l'adoption de l'assurance-maladie en 1970; - Création des centres locaux de santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral cherchent à mettre en place un système axé sur la santé et non la maladie; - Le système devra être public, gratuit, accessible et universel; - La Commission C-N propose également des orientations majeures pour agir sur les déterminants de la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les communautés religieuses ont implanté un grand nombre d'hôpitaux et de dispensaires qu'elles gèrent et dont elles assurent une grande partie du financement; - À partir des années 1960, la Révolution tranquille favorise la laïcisation des institutions publiques, notamment en santé et en éducation; - Graduellement, la gouvernance du système passe aux mains de l'État même si les religieux restent souvent pendant plusieurs années à la gestion des opérations; - Une gestion de l'ensemble du système sur le territoire du Québec s'impose. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'État doit envisager un rôle grandissant dans le financement du système de santé qui sera graduellement nationalisé et entièrement financé par les deniers publics, essentiellement les impôts.
1970 - 1980	<ul style="list-style-type: none"> - Adoption par le gouvernement du Québec, en 1970, de la Loi sur l'assurance-maladie et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux en 1971; - Création des Centre locaux de services communautaires (CLSC) et mise en place très graduelle et inégale sur le territoire du Québec; - Création des départements de santé communautaires, des 	<ul style="list-style-type: none"> - Le principe du système public, gratuit, accessible et universel est adopté; - Le postulat de base est que c'est en assurant l'accessibilité aux services que l'on va le plus contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population. Le Rapport Lalonde, commandé par le gouvernement canadien en 	<ul style="list-style-type: none"> - L'accent est mis sur la mise en place d'un système complet et cohérent, donc sur le déterminant «organisation des services». C'était inévitable dans un contexte où le système avait besoin d'être parachevé, sinon carrément mis en place. - Les CLSC sont vus comme la «porte d'entrée» du système de santé. Toutefois, leur implantation est lente et inégale. Les cliniques dites «privées» poussent comme des champignons et surpassent bientôt les CLSC. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'État déploie des efforts en vue de rationaliser et freiner l'augmentation des coûts mais sans grand succès;

Période	Éléments de conjoncture	Fondements et principes	Impact sur l'organisation et la gouvernance des services	Impact sur le financement des services
	Centres de services sociaux; - Création des régions socio-sanitaires et des Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS); - Mise en place de la carte d'assurance-maladie.	1974, vient mettre l'accent sur d'autres déterminants de la santé comme par exemple les habitudes de vie et l'environnement social.	- L'avènement des CRSSS apporte une certaine vision régionale du MSSS et une contribution des régions à la planification et l'organisation des services.	
1984	- En 1984, le parlement du Canada adopte la Loi canadienne sur la santé qui prévoit le financement des régimes provinciaux.	- Les principes de la LCS sont : l'administration publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité.	- Pour être admissibles au financement fédéral, les régimes provinciaux doivent respecter les principes de la LCS.	
1985 - 1988	- 1985-1988 Commission Rochon, commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. La Commission est mise en place au moment où le système de santé représente un poids financier de plus en plus lourd, les hôpitaux multipliant les déficits. Les éléments de la conjoncture retenus par la Commission sont : les transformations rapides de la société québécoise, la complexité plus grande du réseau de services, l'émergence des organismes communautaires, l'importance de la prévention et de la promotion de la santé et du bien-être, de même que la nécessité de la jonction des dimensions sociale et de la santé.	- Pour la Commission Rochon, la raison d'être du système demeure plus que jamais l'amélioration de la santé et du bien-être à 2 conditions : la recherche d'une plus grande équité sociale et le développement de l'équilibre social. - La Commission propose l'adoption d'une politique de santé et du bien-être qui fixerait des objectifs généraux mesurables.	- Pour la Commission, la place grandissante des organismes communautaires mérite qu'ils soient reconnus comme partenaires à part entière; - La Commission propose également une certaine décentralisation de certaines fonctions du MSSS vers les régions, ainsi qu'une plus grande démocratisation dans la gouvernance des établissements, notamment par l'élection de citoyens aux conseils d'administration. - La Commission propose la réduction du nombre d'établissements et d'instances régionales (fusions) afin de réduire la complexité du système.	- Pour la Commission, «les mécanismes du marché ne doivent pas s'appliquer aux services sociaux et aux services de santé». Le financement dominant doit donc être public et reposer sur des revenus fiscaux.

Période	Éléments de conjoncture	Fondements et principes	Impact sur l'organisation et la gouvernance des services	Impact sur le financement des services
1986	<p>- La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), réunie à Ottawa, adopte la charte d'Ottawa. Cette charte prévoit que la promotion de la santé implique l'élaboration d'une politique publique saine, la création de milieux favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition des aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé vers la promotion de la santé.</p>	<p>- Pour la charte, «la santé et son maintien constituent un investissement social majeur». Les écarts de santé sont liés aux «inégalités produites par les règles et pratiques des sociétés».</p>	<p>- La charte a peu d'impact sur l'organisation et la gouvernance des services. Elle est néanmoins une référence importante pour les acteurs en promotion et prévention. Certains programmes axés sur la mobilisation intersectorielle et la création d'environnements favorables ont pu s'appuyer sur la charte.</p>	<p>- Il existe toujours une tension entre l'importance d'investir en promotion et prévention et le financement des services curatifs, qui emportent toujours la plus grande part du gâteau. Des recherches vont de plus en plus se consacrer à la démonstration des coûts économiques et sociaux de la maladie et aux économies que permettent de réaliser la promotion-prévention.</p>
1990	<p>- En 1990, dans la foulée du rapport Rochon, le Ministre libéral Marc-Yvan Côté propose une réforme axée sur le citoyen. Les médecins font de fortes pressions pour conserver leurs pouvoirs et prérogatives et le ministre fait de grandes concessions.</p> <p>- En 1991, la nouvelle loi sur les services de santé et les services sociaux est adoptée. Elle garantit les services aux anglophones et établit des services désignés où les services doivent être offerts en anglais aux anglophones. C'est aussi dans cette version de la loi que la définition de la santé est modifiée, la loi visant au</p>	<p>- Le principe mis de l'avant par la réforme est «Le citoyen utilisateur, décideur, payeur».</p> <p>- Le régime mis en place est maintenu, certaines recommandations du Rapport Rochon sont appliquées mais sans aller aussi loin au niveau de la décentralisation et de la démocratisation.</p>	<p>- Onze régies régionales sont créées (RRSSS), à partir des anciens Conseil régionaux (CRSSS), mais avec plus de pouvoirs décisionnels dans le développement, la coordination et la répartition du budget. Certains postes sur le CA des régies et des établissements sont électifs et réservés pour des citoyens.</p> <p>- Les organismes communautaires sont intégrés au processus de planification et de coordination régionale.</p> <p>- On réaffirme que les CLSC sont la «porte d'entrée» du système mais peu de moyens concrets sont mis en œuvre. On parachève le réseau des</p>	<p>- La notion de «ticket orienteur» est avancée mais n'aura pas de suite. On parlait alors d'un 5\$ pour chaque visite à l'urgence pour inciter les gens à aller d'abord au CLSC ou en clinique médicale.</p> <p>- La réforme cherche néanmoins soit à structurer le système de manière à mieux orienter certaines dépenses, soit à agir sur les conditions de l'offre de manière à encourager ou décourager certaines conduites.</p> <p>- Le ministre avait eu l'idée de remettre aux usagers, à chaque visite, une liste des soins fournis par les médecins et du coût chargé à la RAMQ, et même d'exiger la signature</p>

Période	Éléments de conjoncture	Fondements et principes	Impact sur l'organisation et la gouvernance des services	Impact sur le financement des services
	«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».		CLSC jusque-là incomplet mais on manque de ressources pour le faire correctement. - On espère que les budgets médicaux par région incitent les médecins à s'installer là où se trouvent les besoins plutôt qu'à se concentrer dans les grandes villes.	des usagers pour le remboursement aux médecins. Mais le lobby des médecins a fait retirer cette proposition.
1992	- En 1992, le gouvernement du Québec adopte une politique de santé et de bien-être comprenant 19 objectifs socio-sanitaire pour 2002. Par exemple, on veut réduire, en dix ans, l'incidence des maladies cardiovasculaires, des naissances prématurées, des accidents, des maladies du système respiratoire et d'autres en fixant un pourcentage précis d'amélioration. On promet également de diminuer des problèmes sociaux comme l'itinérance, la violence conjugale, la maltraitance des enfants et le suicide.	- On reconnaît, du moins sur papier, la prépondérance des facteurs qui relèvent des conditions de vie, les facteurs socio-économiques et culturels		- Un ticket de 2\$ est imposé aux personnes âgées sur les médicaments; - En 1992, les soins dentaires pour les enfants de 10 à 13 ans sont désassurés, tout comme les examens de la vue pour les personnes de 19 à 40 ans; - En 1993, les examens optométriques sont désassurés pour les personnes de 41 à 64 ans; - Devant l'allongement des listes d'attente pour rencontrer des physiothérapeutes, des psychologues et travailleurs sociaux, ou pour des examens de laboratoire, nombreuses sont les personnes qui ont recours au secteur privé, souvent en passant par leur assurance privée ou leur programme d'aide aux employés;

Période	Éléments de conjoncture	Fondements et principes	Impact sur l'organisation et la gouvernance des services	Impact sur le financement des services
1993 - 2000	Depuis 1982, les transferts en provenance du gouvernement fédéral sont en baisse constante. Toutefois, entre 1996 et 2002, ils connaîtront une baisse drastique. Le gouvernement du Québec réagit en exerçant des compressions majeures dans son budget, notamment au chapitre de la santé (plus d'un milliard entre 1995 et 1998).	<ul style="list-style-type: none"> - Il faut faire plus avec moins de ressources. - Il est nécessaire d'adapter le mode de dispensation des soins à la nouvelle réalité technologique qui par exemple ne demande plus autant l'hospitalisation ou le recours aux ressources d'hébergement. 	<ul style="list-style-type: none"> - C'est le virage ambulatoire, la désinstitutionnalisation en santé mentale et en déficience physique et intellectuelle; - De nombreux établissements (CH, Centres de réadaptation) sont fermés ou voient réduire considérablement leur capacité. <p>L'accent est mis sur la chirurgie sans hospitalisation, les traitements ambulatoires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les économies réalisées dans la restructuration du système servent essentiellement à éponger les compressions budgétaires. Il n'y a pas de financement disponible pour mettre en place les ressources nécessaires pour soutenir adéquatement le virage milieu ou ambulatoire.
1997	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un nouveau régime d'assurance-médicaments pour les personnes qui n'ont pas accès à un régime privé, et pour lequel elles doivent dorénavant contribuer obligatoirement. - Au sommet sur l'Économie et l'emploi, l'objectif principal du gouvernement de Lucien Bouchard est le déficit zéro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Il faut que chaque québécois soit couvert par une assurance. Mais le principe ne va pas aussi loin que de vouloir un régime universel. Il y a donc plusieurs catégories d'assurés et de primes. 		
1997	<ul style="list-style-type: none"> - Un programme favorise le départ à la retraite des employés du secteur public et 35,000 personnes s'en prévalent dont la moitié dans le seul secteur de la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> - Il faut atteindre le déficit zéro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les départs massifs créent une rupture dans les soins et services, dans la continuité de et la préservation de la mémoire des équipes de travail et de l'expertise, en plus de créer une pénurie chez les médecins et infirmières plus particulièrement (4,200 départs). 	<ul style="list-style-type: none"> - Ces mesures servent à financer les compressions budgétaires et n'apportent rien de neuf dans le système.
1998	<ul style="list-style-type: none"> - Le ministre Rochon met en place un groupe de travail sur la complémentarité avec le 	<ul style="list-style-type: none"> - On commence à parler de la complémentarité des services publics et du secteur privé. 	<ul style="list-style-type: none"> - Abolition des Assemblées régionales qui avaient été instituées dans le cadre de la 	<ul style="list-style-type: none"> - Compressions de 158 millions en santé et services sociaux.

Période	Éléments de conjoncture	Fondements et principes	Impact sur l'organisation et la gouvernance des services	Impact sur le financement des services
	<p>secteur privé, sur lequel siègent une majorité de gens d'affaires.</p> <p>- Un comité interministériel est mis en place pour soutenir le Secrétariat à l'action communautaire autonome (SACA), dans le cadre des travaux sur l'élaboration d'une politique de reconnaissance et de financement de l'action communautaire autonome.</p> <p>- En 1998 est créé l'Institut national de la santé publique dont l'objectif est de faire progresser les connaissances et les compétences, de proposer des stratégies ainsi que des actions intersectorielles susceptibles d'améliorer l'état de santé et le bien-être de la population.</p>		<p>réforme Côté en 1990.</p> <p>- Le rôle des CLSC est de coordonner la dispensation des services;</p>	
1999	<p>- Le rapport Arpin propose une plus grande place au secteur privé dans la dispensation de soins de santé, notamment par la mise en place de cliniques privées affiliées pour les chirurgies d'un jour et les chirurgies mineures. Le rapport propose également un partenariat public-privé en matière d'hébergement et de soutien à domicile et de soutenir la prise en charge du milieu par les organismes communautaires et sans but lucratifs.</p>	<p>- La notion de complémentarité est de plus en plus développée.</p>	<p>- L'impact se manifestera lorsque le gouvernement appliquera les recommandations.</p>	<p>- L'impact se manifestera lorsque le gouvernement appliquera les recommandations.</p>

Période	Éléments de conjoncture	Fondements et principes	Impact sur l'organisation et la gouvernance des services	Impact sur le financement des services
2000	- Adoption d'une loi sur l'équilibre budgétaire qui interdit aux établissements de cumuler des déficits. Cette loi a été décriée par le Protecteur du citoyen.	- Les gestionnaires du réseau ont la responsabilité de s'assurer que le budget de leur établissement s'inscrit dans le cadre l'équilibre budgétaire national (déficit zéro).	- Les nombreuses compressions obligent à revoir l'organisation et la modalité de l'offre des services.	- Les budgets sont en décroissance. L'équilibre budgétaire se fait au prix d'une réduction des services à la population.
2000	- Rapport de la commission Clair qui recommande de «moderniser» la loi canadienne sur la santé et de reconnaître le droit de se procurer des services non couverts. Il faut également réviser le panier de services. La commission propose de développer les Groupes de médecine familiale (en clinique privée) plutôt que le développement des cliniques en CLSC. Elle appuie le concept de «clinique affiliée», sorte d'hôpitaux privés pour les chirurgies, et le dossier patient informatisé. - Une commission parlementaire évalue le régime d'assurance-médicaments instauré en 1996 et propose l'adoption d'une politique d'achat du médicament au plus bas prix, ainsi qu'une étude de faisabilité sur un régime d'assurance-médicament entièrement public. Ce sera rejeté.	- L'État ne peut pas tout offrir. Il faut faire des choix. Les services qu'il offre doivent être «complémentaires» au secteur privé. La commission propose que le Québec se dote d'une politique cadre en matière de partenariat public-privé.	- L'impact se manifestera lorsque le gouvernement appliquera les recommandations.	- L'impact se manifestera lorsque le gouvernement appliquera les recommandations.
2001	- Les premiers contrats de performance sont imposés aux établissements du réseau de la	- Les principes sur lequel reposent les ententes de gestion sont la responsabilité	Les priorités des établissements se rangent du côté des services faisant	Les établissements s'engagent à «livrer» certains services à une certaine hauteur (nombre

Période	Éléments de conjoncture	Fondements et principes	Impact sur l'organisation et la gouvernance des services	Impact sur le financement des services
	santé et des services sociaux.	et l'imputabilité.	l'objet de l'entente de gestion, parfois au détriment des autres services.	d'usagers, d'interventions) à défaut de quoi le budget est rectifié en fin d'année.
2001	<p>- Adoption de la loi sur la santé publique qui a pour objet la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population en général. Les quatre grands objectifs sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la surveillance continue de l'état de santé de la population de même que de ses facteurs déterminants; - la prévention des maladies, des traumatismes et des problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population; - la promotion de mesures systémiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population; - la protection de la santé de la population et les activités de vigie sanitaire inhérentes à cette fonction. 	<p>On retrouve dans le Programme national de santé publique les valeurs et principes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le bien commun; - La bienfaisance; - La non-malfaisance; - l'autonomie; - Le respect de la confidentialité; - La responsabilité; - La solidarité; - La protection des individus, des groupes et des communautés vulnérables; - La justice. 	<p>- Le Programme national de santé publique (PNSP) donne lieu à un Plan d'action régional (PAR) et à un Plan d'action local (PAL) pour chaque territoire de CSSS.</p>	<p>- Très peu d'impact sur le financement. Peu de financement supplémentaire est accordé pour la mise en place de ces mesures.</p>
2003	<p>- Politique de soutien à domicile «Chez soi le premier choix»</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le domicile est le premier choix à considérer. - Le choix doit être un choix neutre financièrement pour l'utilisateur. <p>La reconnaissance du statut de proche-aidant.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'accès au service doit être simple, rapide et équitable. 	<p>- Si la politique jouissait d'un financement adéquat, elle permettrait de solutionner bien des problèmes observés en amont (engorgement des urgences, occupation des lits de courte durée par des personnes en attente d'hébergement, etc.)</p>	<p>- Le financement de la politique est insuffisant de sorte que celle-ci s'implante petit à petit, et partiellement.</p>

Période	Éléments de conjoncture	Fondements et principes	Impact sur l'organisation et la gouvernance des services	Impact sur le financement des services
2004	<p>- Adoption de la loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.</p> <p>- Les régies régionales (RRSSS) deviennent des agences (moins de démocratie, plus de contrôle). Les agences (ASSS) doivent soutenir le développement de réseaux locaux intégrés de services au sein desquels les Centres de santé et de services sociaux (nés de la fusion des CH, CLSC et CHSLD) jouent un rôle de coordination des services (instance locale). Les CSSS ont une responsabilité populationnelle à deux volets : l'action intersectorielle sur les déterminants de la santé (promotion-prévention) et l'accessibilité, la continuité et la qualité des services de par leur Projet clinique. Les projets cliniques sont élaborés selon le modèle de programmes-services proposé par le MSSS :</p> <p>- Pour l'ensemble de la population : le programme santé publique et le programme services généraux: activités cliniques et d'aide ;</p> <p>- À l'intention de la clientèle vulnérable : les programmes personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, déficience physique, déficience</p>	<p>- Le principe de la hiérarchisation du réseau détermine le rôle de chaque instance, ainsi que les ressources attribuées (première ligne, deuxième et troisième ligne). La hiérarchisation des services vise à assurer à la personne le bon service, au bon moment, au bon endroit et avec l'expertise appropriée.</p> <p>- Le principe de la subsidiarité prévoit que la décision doit se prendre au palier le plus près de là où se trouve l'action (instance locale) sauf exception, soit lorsque c'est nécessaire ou plus efficace de le faire à un autre palier.</p> <p>- Les principes de responsabilité et d'imputabilité sont consacrés et prennent forme notamment à travers les ententes de gestion entre les agences régionales et les établissements.</p>	<p>- L'architecture du réseau est révisée, ainsi que les programmes services, afin de mieux clarifier les rôles de chaque instance (locale, services généraux; régionale, services spécialisés et supra-régionale, services sur-spécialisés).</p> <p>- L'organisation des services et le plan d'organisation des établissements se profile selon les programmes-services lorsque la masse critique est suffisante.</p> <p>- Le MSSS produit des standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience pour tous les programmes-services.</p> <p>- L'organisation des services semble trouver une plus grande facilité d'actualisation en région qu'à Montréal où la notion de réseau local de service ne correspond pas aux territoires géographiques comme en région.</p>	<p>- Les normes relatives aux standards d'accès, de qualité, d'efficacité et d'efficience sont graduellement intégrées aux ententes de gestion et d'imputabilité.</p>

Période	Éléments de conjoncture	Fondements et principes	Impact sur l'organisation et la gouvernance des services	Impact sur le financement des services
	intellectuelle et troubles envahissants du développement, jeunes en difficulté, dépendances, santé mentale et santé physique.			
2005	<p>- Modification de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour intégrer les changements apportés depuis l'adoption de la loi sur les agences et la création des réseaux locaux de services. Elle crée les Réseaux universitaires intégrés en santé (RUIS). Elle rend obligatoire la certification des résidences privées pour personnes âgées. Elle introduit un régime de traitement des plaintes et oblige les établissements à se soumettre à l'agrément.</p>	<p>- La loi veut harmoniser le rôle des instances locales, des agences et du ministère. Elle modifie plusieurs autres lois par les nouveautés qu'elle apporte, notamment sur la gouverne, l'informatisation et la circulation de l'information clinique, la qualité des services.</p>	<p>- Le CSSS peut confier, par entente de services, la dispensation de certains de ses services à un autre organisme (art. 108).</p> <p>- L'obligation d'agrément et le rôle du Commissaire aux plaintes (qui relève du CA et non du DG) ont un impact important au niveau de la qualité. Par ex : les visites d'agrément portent sur de nombreuses normes qui doivent être suivies par des équipes d'amélioration de la qualité. De plus les plaintes obligent à réviser les critères d'admissibilité et de dispensation des services ainsi qu'une révision des processus.</p> <p>- Quatre membres sur seize des CA d'une instance locale (CSSS) sont élus par la population.</p>	
Juin 2005	<p>- La Cour suprême du Canada statue, que l'interdiction de souscrire à des assurances privées pour obtenir des services couverts par le régime public contrevient à la Charte québécoise des droits et libertés (jugement Chaoulli).</p>	<p>- Le droit d'acheter des services au privé et de payer une prime d'assurance pour le paiement de ces services, même s'ils sont couverts par un régime public.</p>	<p>- Un système à deux vitesses est dorénavant légal. Les plus fortunés peuvent s'acheter des services et se les assurer, alors que les autres ont recours au service public.</p>	<p>- Les cibles contraignantes imposées par les ententes de gestion incitent les établissements à faire des ententes de services avec des hôpitaux privés appelés «cliniques affiliées».</p>

Période	Éléments de conjoncture	Fondements et principes	Impact sur l'organisation et la gouvernance des services	Impact sur le financement des services
Février 2006	<p>- Le gouvernement du Québec rend publique sa réponse au jugement Chaoulli dans un document intitulé Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité. Il propose des cibles d'accès aux services médicaux spécialisés et une réduction des temps d'attente dans des secteurs ciblés et prioritaires, soit la cardiologie, la radio-oncologie, la chirurgie de la cataracte, l'arthroplastie de la hanche, l'arthroplastie du genou et certains diagnostics.</p> <p>- Les cliniques privées affiliées sont instituées, de même que la possibilité de souscrire à une assurance privée.</p>	<p>- Dans son libellé, le gouvernement « réaffirme son engagement envers un système de santé public et accessible, à l'intérieur duquel le secteur privé peut jouer un rôle complémentaire ».</p>	<p>- Désormais le rôle du secteur privé est reconnu jusqu'au niveau de la chirurgie. L'organisation des services se module en fonction de ces acteurs incontournables.</p> <p>- Les CHSLD privés conventionnés sont en croissance. On en compte près de 75 en mars 2011.</p>	<p>- Certains établissements qui ne rencontrent pas les cibles de leurs ententes de gestion au niveau de la chirurgie sont lourdement pénalisés, ce qui les incite à faire affaire avec les cliniques privées affiliées.</p>
Mai 2010	<p>- Dans son budget du Québec, le ministre Bachand annonce l'instauration d'une «contribution santé» qui s'élèvera graduellement de 50 \$ à 200 \$ d'ici 2012. De plus, il étudiera «l'opportunité» d'imposer une franchise pour chaque visite médicale « d'ici quelques années ».</p>	<p>- Selon le ministre, «tout le monde doit payer pour le système de santé», insinuant qu'il y a des québécois qui l'utilisent mais ne payent pas pour celui-ci.</p>	<p>- Pour le moment la franchise n'est pas retenue car elle serait apparemment en contradiction avec la loi canadienne sur la santé. Le gouvernement libéral étudie d'autres possibilités d'un «ticket orienteur».</p>	<p>- L'impact de ces mesures serait minime, surtout si l'on tient compte des coûts d'administration qu'elles requièrent.</p>
Juin 2010	<p>- Adoption de la loi 100 qui vise à comprimer 800 millions sur 3 ans en primes au rendement, dépenses administratives, formation et déplacement, abolition ou regroupement d'organismes, etc.</p>	<p>- Retour au déficit zéro après un épisode de crise financière où la plupart des gouvernements se sont permis des investissements massifs dans les infrastructures pour «relancer» l'économie.</p>	<p>- Ralentissement des activités des établissements.</p>	<p>- La dernière réforme (lancée en 2004) est en cours de consolidation et de nombreux programmes sont incomplets ou insuffisamment financés. La compression risque de retarder ou compromettre certains volets de celle-ci.</p>

Période	Éléments de conjoncture	Fondements et principes	Impact sur l'organisation et la gouvernance des services	Impact sur le financement des services
2011	<p>- Créé en 1996 de la fusion de l'Hôtel-Dieu de Montréal, de l'hôpital St-Luc et de l'hôpital Notre-Dame, le CHUM a fait l'objet de nombreuses annonces en vue de la construction d'un nouvel hôpital sur un seul site. La dernière en lice date de février 2011, un projet de 4 milliards construit en PPP par une firme étatsunienne, livré en 2019 et entretenu pendant 30 ans.</p> <p>- Un centre similaire, le CUSM anglophone, a lui, le vent dans les voiles.</p> <p>- Il se trouve de plus en plus de gens pour questionner le bien-fondé et le besoin de deux centres hospitaliers universitaires de cette envergure à Montréal</p>	<p>- Le principe le plus souvent évoqué est celui selon lequel dans un contexte de déficit zéro et où les emprunts pour l'immobilisation sont inclus dans le calcul du budget annuel, il est préférable de confier au secteur privé les coûts de construction et d'entretien des bâtiments. Pourtant le gouvernement accepte de s'engager à payer un loyer pendant 30 ans, qui devrait couvrir largement les frais de l'emprunt, de l'entretien, ainsi que garantir une marge de profit. De plus, si l'état avait emprunté lui-même, il aurait eu un meilleur taux et il serait propriétaire. Comment cela peut-il coûter plus cher au contribuable?</p> <p>- Sur la question des 2 CHUM, le sujet semble tabou. Il serait lié à la garantie que le Québec accorde à la minorité anglophone d'avoir un système parallèle d'éducation et de santé, ce qui en soit n'est pas nécessaire pour que les droits de la minorité soient garantis.</p>	<p>- Un acteur privé majeur est au dossier. La notion de profit va intervenir dans les transactions. On appréhende des négociations chaque fois que l'utilisateur voudra faire des modifications ou changer certains usages, ce qui est fréquent. Des coûts supplémentaires risquent de s'ajouter. L'évaluation faite en Grande-Bretagne des expériences de PPP ne sont généralement pas favorables aux intérêts communs.</p>	<p>- Il est de plus en plus évident que cela coûtera finalement plus cher en PPP que si l'État assumait pleinement ses responsabilités. C'est beaucoup plus une question idéologique, notamment opérer une brèche dans le système public, et permettre une marchandisation graduelle de la maladie.</p>

Références

Béland, François, André-Pierre Contandriopoulos, Amélie Quesnel-Vallée et Lionel Robert (2008). Le privé dans la santé. Le discours et les faits. PUM.

Bélanger, Jean-Pierre. De la Commission Castonguay à la Commission Rochon... Vingt ans d'histoire de l'évolution des services de santé et des services sociaux au Québec. *Service social*, vol. 41, n° 2, 1992, p. 49-70.
<http://www.erudit.org/revue/ss/1992/v41/n2/706569ar.pdf> (consulté mars 2011)

Breton, Gaétan (2005). *Tout doit disparaître. Partenariats public-privé et liquidation des services publics*. Montréal : Lux éditeur.

Clerc, Isabelle, Karine Collette et Sylvie Clamageran, avec la collaboration de Margot Kaszap, Jacques Lemieux, Fernande Rousseau et Jean Rousseau (2009). *Littératie et droits en matière de santé et de services sociaux : paroles citoyennes*. Rapport remis au Commissaire à la santé et au bien-être.

Coalition solidarité santé. Repères historiques du système de santé et de services sociaux au Québec.
<http://www.solidaritesante.qc.ca/articles/documents/cssRepereshistoriquesdusysteme.doc> (consulté mars 2011).

Commission sur le déséquilibre fiscal. Les programmes de transfert fédéraux aux provinces. Document d'information pour la consultation publique. http://www.desequilibrefiscal.gouv.qc.ca/fr/pdf/programmes_transferts.pdf (consulté mars 2011)

Desrosiers, Georges. Université de Montréal et Benoît Gaumer, Université de Montréal. Réformes et tentatives de réformes du réseau de la santé du Québec contemporain: une histoire tourmentée.
http://www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rup101_008.pdf (consulté mars 2011).

Poirier, Martin, François Parenaude, Martin Petit, Gino Lambert (1998). À qui profite le démantèlement de l'État? Chaire d'études socio-économiques de l'UQAM.

Renaud, Marc. 1995. Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un État «narcissique».
http://classiques.ugac.ca/contemporains/renaud_marc/reformes_qc_sante/renaud_reformes_qc_sante.pdf (consulté mars 2011)

Rigaud, Benoît (L'Observatoire de l'administration publique-ENAP) en collaboration avec le Groupe d'Étude sur les politiques et la santé (GEPPS) Jean Turgeon (professeur titulaire, ENAP), France Gagnon (professeure, TELUQ/UQAM). *Le rôle de l'État dans la dispensation des services de santé*. L'Observatoire de l'administration publique, automne 2006.
<http://www.etatquebecois.enap.ca/etatquebecois/docs/pp/sante/a-pp-services-sante.pdf> (consulté mars 2011).

White, Deena, sociologue. *La santé et les services sociaux: réforme et remises en question*.
http://classiques.ugac.ca/contemporains/white_deena/sante_services_sociaux/sante_services_soc_reforme.pdf (consulté mars 2011).