



**Préserver la mission clinique
et de service public
au cœur du système de santé**

**Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales de
l'Assemblée nationale du Québec sur le Projet de loi no 127 Loi visant à
améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux**

Québec, le 18 mars 2011

MQRP est un regroupement volontaire de médecins, voué au maintien et à l'amélioration du système public de santé accessible à tous, sans distinction de moyens, par la voie d'un financement et d'une prestation des soins publics. Constitué en 2005 suite au jugement *Chaoulli* de la Cour suprême, MQRP considère que des améliorations au système de santé s'imposent, mais qu'elles peuvent et doivent se faire dans le cadre du régime public pour être à l'avantage de toute la population.

Notre démarche se fonde sur les réalités de la pratique quotidienne de la médecine, l'analyse des données de la littérature scientifique et de l'économie des systèmes de santé, ainsi que sur le dialogue interdisciplinaire.

MQRP compte actuellement plusieurs centaines de médecins de toutes catégories dans diverses régions du Québec. Ses activités sont aussi ouvertes aux personnes et organisations amies qui contribuent de diverses manières à ses travaux.

MQRP est partenaire de Canadian Doctors for Medicare (www.canadiandoctorsformedicare.ca) qui poursuit des objectifs semblables dans les autres régions du Canada.

*Médecins québécois pour le régime public
5225 rue Berri, bureau 304
Montréal (Québec) H2J 2S4*

*info@mgrp.qc.ca
www.mgrp.qc.ca*

Table des matières

Prologue : Placer la relation clinique au cœur du système de santé	4
Résumé	5
Survol des changements proposés par le projet de loi 127	7
Pourquoi ce projet de loi ?	9
Centraliser...	11
... pour mettre la table en vue d'un changement radical de gestion	12
Des risques de dérive dans une gestion axée sur les résultats...	13
... au système à deux vitesses !	16
Conclusion : un projet de loi à retirer	19

Prologue

Placer la relation clinique au cœur du système de santé

Les réformes successives imposées au réseau de la santé et des services sociaux du Québec ont procédé par le bout des structures. La réforme Couillard de 2003 n'est pas différente, même si l'on a tenté d'y attacher un « projet clinique », c'est-à-dire de nouvelles façons d'organiser et de livrer les services eux-mêmes. Il n'y aura pas de responsabilité pour la santé de la population et pour son accès aux services appropriés si la priorité des CSSS ne se fixe pas sur les projets cliniques, si les considérations de gouvernance, de gestion et de financement ne deviennent pas instrumentales par rapport aux exigences des pratiques cliniques et de santé publique.

Jusqu'ici, pratiques cliniques et de santé publique ont dû s'ajuster à la gouvernance, à la gestion et au financement; désormais, gouvernance, gestion et financement doivent s'aligner sur les pratiques cliniques et la santé publique.

Des multiples projets de réforme pensés pour le système de soins et implantés avec plus ou moins de succès, une grande leçon s'impose : la manipulation des structures n'est pas une solution, mais un problème. C'est la capacité d'adaptation du système de santé qui est l'enjeu principal : des règles souples de fonctionnement plutôt que des directives ministérielles, un financement qui vise la mobilisation des forces plutôt que le contrôle tatillon et centralisé des dépenses par le MSSS et les agences régionales, l'encouragement à l'innovation plutôt que l'obéissance aux directives, l'apprentissage continu plutôt que la rigidité des pratiques, la reddition des comptes à des instances publiques plutôt que des rapports comptables à des agences administratives.

François Béland et Lionel Robert, Santé et social-démocratie : les acquis à défendre, une rhétorique à maîtriser et une architecture jamais terminée, Vie économique Vol. 2, numéro 2, automne 2010.

Résumé

Médecins québécois pour le régime public (MQRP) considère que le projet de loi 127 s'inspire d'orientations qui risquent de compromettre tout autant la mission clinique et communautaire du réseau de la santé que sa capacité d'amélioration, déjà menacées par les transformations inspirées de la logique du marché introduite par les lois 33 et 34.

Les intentions énoncées par le gouvernement quant à l'accessibilité aux soins et la gestion de l'attente lors de l'introduction de ces lois ne se sont pourtant pas réalisées, mais les investisseurs se sont saisis des nouvelles possibilités offertes pour développer les bases d'un réseau privé de soins comptant sur des ressources soustraites aux établissements publics et sur un financement public, et parfois même en imposant aux patients des charges interdites par la loi.

En apparence, remarquons d'entrée de jeu que les transformations proposées par le projet de loi 127 semblent contradictoires : d'un côté, on déresponsabilise les conseils d'administration des établissements en renforçant le pouvoir des Agences de la santé et du ministre, au risque d'engendrer démobilisation et démotivation, mais de l'autre côté et dans un même mouvement, on en modifie la composition, en accroissant de manière indue la place et les responsabilités laissées aux « administrateurs indépendants ».

Cette contradiction n'est pourtant qu'apparente et s'explique si on le replace dans la continuité des actions législatives antérieures du gouvernement, déjà dommageables pour le réseau de santé, dont le projet de loi 127 constitue en réalité la continuation. En effet, ce projet de loi nous paraît placer les bases des transformations qui permettront éventuellement de s'orienter vers un nouveau modèle de gestion et de fonctionnement largement axé sur les résultats. Une telle réorientation serait en effet grandement facilitée par une structure plus hiérarchisée et des conseils d'administration plus enclins à appuyer et implanter un mode de gestion basée sur des ententes de gestion plutôt que sur la conformité aux lois définissant les droits et obligations des établissements, ce qui comporte à notre avis des risques importants pour leur mission clinique.

Le modèle de gestion par résultats proposé par le projet de loi 127 nous semble en effet vouloir mettre les établissements en concurrence, ce qui est loin d'être souhaitable pour améliorer le réseau public de soins et transformerait profondément sa nature, qui nécessite plutôt la coordination et la coopération.

Outre le déficit démocratique ainsi creusé par rapport aux législations antérieures, MQRP dénonce la logique centralisée du modèle de gestion proposé et l'accroissement disproportionné des pouvoirs ministériels qui en résulteraient.

MQRP considère donc que ce projet de loi devrait être retiré. Les structures mises en place ces dernières années, qui participent à cette même logique et consomment beaucoup de ressources sans pourtant aboutir aux bénéfices souhaités, devraient également être révisées en profondeur pour en revenir à l'essentiel : une **mission clinique et de service public** destinée à servir l'ensemble de la population et appuyée par une participation active de toutes les composantes de la communauté interne du réseau.

Survol des changements proposés par le projet de loi 127

MQRP a parcouru avec beaucoup d'attention et un certain étonnement le projet de loi 127. Bien que nous reconnaissons et partageons le souhait du ministre de travailler à l'amélioration du réseau de la santé, nous sommes perplexes de retrouver au cœur même du projet de loi des éléments qui risquent, à notre avis, d'avoir un effet inverse à celui qui est souhaité et de contribuer ainsi à l'entraîner dans une direction inopportune.

Les éléments qui nous semblent les plus problématiques à la lecture de ce projet de loi sont les suivants :

- Que la mission générale des agences et des établissements telle que définie par la loi soit plus ou moins ignorée au profit d'orientations stratégiques et de priorités qui nous apparaissent nécessairement limitatives, en contradiction potentielle avec les missions cliniques, d'enseignement et de recherche déjà établies pour les établissements;
- Que l'on planifie une diminution de la représentation de la population, des usagers, des professionnels de la santé et autres acteurs de la communauté interne sur les conseils d'administration, conduisant à un déficit démocratique et une perte d'influence du public et des professionnels sur les établissements qui existent pourtant pour ce public et par ces professionnels;
- Que l'on souhaite à l'inverse augmenter la place et le poids décisionnel des administrateurs « indépendants », en termes de nombre d'abord, mais aussi quant aux responsabilités qui leur sont confiées pour la présidence des CA (arts. 24, 59) ainsi que pour la composition majoritaire et la présidence des comités de gouvernance et d'éthique, et de vérification (art. 34), ce qui pourrait mener à une transformation importante de la dynamique des conseils d'administration et à leur réalignement sur des priorités externes;

- Que l'on transforme le cadre décisionnel du réseau de la santé par un alignement de toutes les instances sur les décisions du ministre, des agences ou de leurs agents (les « indépendants », dont la présidence des CA), pouvant conduire rapidement à une démotivation des instances locales de même qu'à une perte de dynamisme des établissements, sans parler des dangers d'une perte des contre-pouvoirs requis;
- Que l'on impose à l'ensemble du réseau un modèle de gestion axé sur les résultats¹, avec des indicateurs de performance et la publication des résultats, ouvrant la porte aux « palmarès » des établissements et des agences (arts. 42, 54) et pouvant avoir l'effet inverse à celui recherché;
- Que l'on mette en place cette nouvelle possibilité de mise sous tutelle d'un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) par le ministre (art. 70), en contradiction avec l'autonomie souhaitable des établissements et de leur conseil d'administration;
- Que la contractualisation à dimension variable remplace le mode de planification actuelle, ouvrant la porte aux inégalités dans un service public qui devrait être offert à l'ensemble de la population à des conditions uniformes.

¹ Art. 51 : « [...] 346.4. Le ministre, le président-directeur général de l'agence et, lorsque requis, le président du conseil d'administration de l'agence doivent définir des modalités de suivi des résultats découlant du plan stratégique ainsi que de l'entente de gestion et d'imputabilité convenue entre l'agence et le ministre. »

Pourquoi ce projet de loi ?

Alors qu'un projet de loi devrait constituer avant tout une réponse législative visant à régler une problématique, le projet de loi 127 suscite curieusement beaucoup plus de questions qu'il n'offre de réponses. Sans doute parce que les prémisses ne sont pas claires ou explicites.

Qu'est-ce qui ne fonctionne pas dans la gestion actuelle et qui explique le dépôt de ce projet de loi ? Pourquoi une autre réforme de la gouvernance, alors que nous venons tout juste de transformer le réseau, que les impacts réels de cette transformation sont encore mal connus et mal évalués et que les acteurs du terrain sont encore en train de compléter les changements majeurs établis ?

La démonstration de l'existence d'un problème est omise, d'où notre question initiale et une partie de notre étonnement : mais qu'est-ce qui ne fonctionne pas ?

Si le gouvernement choisit de transformer de cette manière fondamentale la gestion, c'est qu'il y a une réponse sous-entendue, qu'on devine entre les lignes un peu partout dans ce projet de loi, qui est un jugement sur la gestion actuelle et les modes de gestions établis, bien que les raisons réelles qui poussent vers ces changements ne sont ni explicites, ni manifestes quand on observe l'état actuel du réseau de la santé et de sa gouverne.

À en croire le projet de loi, l'une des difficultés d'importance concernant la gestion du réseau serait justement la composition et l'organisation actuelles des conseils d'administration : il faudrait donc les transformer, en changer la composition, se préoccuper de la compétence de leurs membres et donc améliorer leur formation et redéfinir les principes de leur gouvernance.

Revoir la composition des conseils d'administration dans le sens proposé revient à juger que leurs membres actuels ne sont pas compétents ou bien ne sont pas choisis selon des modalités permettant d'avoir les meilleures personnes à la meilleure place. Est-ce le message que le ministre souhaite envoyer ?

Mais qu'est-ce qui justifie, concrètement, un nouveau changement de gouverne dans une période où la plupart des experts s'accordent à dire qu'il faut plutôt consolider la précédente ? Pourquoi demander maintenant à un réseau dont les ressources sont sous tension un nouvel exercice complexe et laborieux d'adaptation ?

La raison doit être bien importante, connaissant l'intérêt que le ministre porte au bon fonctionnement des établissements.

Un élément central du projet de loi proposé est une redéfinition de la place et du rôle de membres « indépendants » au sein des diverses instances. Cette position nous rend perplexes : qui sont donc ces « indépendants », quel rôle transcendant souhaite-t-on leur faire jouer et surtout pourquoi dans ce mouvement leur confier l'essentiel, notamment la gouvernance, l'éthique et la vérification ?

Sans nier l'intérêt de voir vivre au sein des organisations des visions et des expertises diverses et complémentaires, on peut s'interroger sur le sens même à donner au mot « indépendant ». Un administrateur peut certes être indépendant d'un *établissement*, mais chacun est lié à un contexte, à des organisations externes, à des mouvements de pensée, à une philosophie de gestion. Un administrateur réellement indépendant, c'est une vue de l'esprit.

Ce qui nous pousse à poser d'autres questions : quels seront les liens potentiels ou avérés entre ces « indépendants » issus, entre autres, du monde de l'entreprise privée ? Lesquels seront présidents et principaux membres des comités les plus importants des conseils d'administration ? Qui définira les « compétences et habiletés jugées utiles à l'administration » ?

Il est significatif que nulle part dans le projet de loi 127, on ne prend soin de définir les valeurs qui doivent inspirer toute organisation de soins. Il y est certes question d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience, mais sans définir avec plus de précision ni proposer des pistes d'applications concrètes de ces principes en regard d'un réseau de santé public qui doit répondre aux valeurs de base, soit un système de santé solidaire et équitable pour tous. Nous croyons que l'adoption de ce projet de loi souffre grandement de l'absence d'un réel énoncé de principes.

Centraliser...

Dans notre réseau de la santé, le dynamisme et l'innovation viennent avant tout du terrain, des instances et des acteurs locaux, bien souvent cliniques, qui sont à même de se mobiliser puis de mobiliser leurs troupes dans des projets et une direction qui répond aux besoins de leurs patients et de leur communauté.

MQRP déplore donc, dans le projet de loi 127, la perte de contrôle réelle des instances locales sur la définition des besoins et la planification.

Les ententes de gestion confortent l'autorité du ministre, puisque désormais les droits et obligations deviennent en quelque sorte négociables.

Cette contractualisation des droits mène à des iniquités au sein du système, puisque les mêmes services ne sont pas assurés de façon uniforme selon les régions, les établissements, etc. :

La loi a une valeur générale et universelle, tandis que le contrat ne vaut qu'entre les parties. [... La] régulation, qui contient l'idée d'une efficacité économique [... donne] ainsi un rôle tout à fait nouveau au législateur, traditionnellement à la recherche de l'intérêt général. [... C'est le moment] des obligations volontaires, en particulier les règles déontologiques et les normes, qui ont assoupli la rigueur de la loi, recherché l'auto-régulation des acteurs par le développement de nombreux principes (responsabilité, précaution...) et estompé les frontières entre public et privé.²

Certes, un réseau doit être congruent dans toutes ses parties et tenir compte d'orientations nationales et régionales. Mais, fort de la connaissance qu'il a de son milieu et de sa population, c'est bien l'établissement et ses acteurs qu'on doit pleinement responsabiliser davantage. On parle d'efficacité et d'efficience, d'accord, mais soyons congruents et cessons de multiplier des paliers de contrôle qui sont un frein à l'innovation et à la créativité dont notre système de santé aura toujours besoin et qui seront toujours mieux servies par les instances locales.

² Commentaires de Pichère, P., concernant Pesqueux, Y., *Gouvernance et privatisation*, PUF, Paris, 2007, <http://www.melchior.fr/Gouvernance-et-privatisation.5674.0.html>, accédé le 15 mars 2011.

... pour mettre la table en vue d'un changement radical de gestion

On sait que dans les établissements, deux des sept administrateurs indépendants sont nommés par le ministre, alors qu'il y en nomme la totalité des cinq indépendants qui siègent au sein du conseil des agences.

Nous relevons une contradiction plutôt fondamentale dans le projet de loi : on modifie la composition des conseils d'administration en donnant quantitativement et qualitativement plus de place aux administrateurs « indépendants », mais du même souffle, alors que l'on s'attendrait en toute cohérence à observer en parallèle un accroissement des pouvoirs propres du conseil d'administration, on observe plutôt le mouvement inverse, le pouvoir réel étant déplacé vers les paliers supérieurs, agences et ministère.

Cette augmentation simultanée du pouvoir discrétionnaire du ministre jusqu'au niveau des établissements et de la place des indépendants dans les conseils d'administration nous semble à première vue contradictoire et suscite d'autres questions légitimes : à qui veut-on donner plus de contrôle ? Au ministre, ou à ces gestionnaires indépendants ? Et en retour, pourquoi des « administrateurs indépendants » seraient-ils portés à s'investir davantage dans les activités des conseils d'administration si du même coup on leur retire des pouvoirs ?

En réalité, nous émettons l'hypothèse qu'il s'agit des deux facettes d'une même orientation, empruntant en apparence des directions opposées, mais en réalité renforçant l'alignement des instances non seulement d'un point de vue hiérarchique et administratif, mais d'une manière propre à faciliter l'introduction de mécanismes de gestion nouveaux et à les faire pénétrer en profondeur dans le réseau.

On peut en effet penser que le gouvernement pourrait ainsi mettre la table pour un changement profond et durable dans le mode de gestion du système de santé, le ministre ayant dorénavant les pouvoirs requis pour proposer une nouvelle philosophie de gestion. On pourrait de même penser que des administrateurs et des présidents des conseils d'administration « indépendants » seront naturellement, et de manière sans doute assez prévisible en raison de leur parcours, plus ouverts et sympathiques à de telles approches.

Des risques de dérive dans une gestion axée sur les résultats...

MQRP remet en question un modèle de gestion imposé à l'ensemble du réseau et axé sur les résultats avec des indicateurs de performance et la publication des résultats, ouvrant la porte aux « palmarès » des établissements et des agences. La LSSSS contient d'ailleurs déjà cette ordonnance depuis quelque temps, mais le projet de loi 127 vient rendre la chose plus concrète et, pour ainsi dire, plus réalisable.

Quelle est la philosophie derrière ce modèle et en quoi nous apparaît-elle menaçante et souvent contraire aux principes mêmes qui sous-tendent un réseau public de soins ? À première vue, ces principes peuvent sembler louables lorsqu'ils sont examinés superficiellement, mais l'expérience de l'application de ce « nouveau *management* public » ailleurs dans le monde a déjà permis d'en mesurer les effets pervers.

Certes, nous n'avons rien contre la performance en soi, si l'on entend adopter de sains principes de fonctionnement du réseau et des établissements, travailler à l'amélioration des soins et consacrer judicieusement l'argent public aux soins aux patients.

Mais on peut très bien obtenir une chose et son contraire selon les éléments mesurés, les orientations choisies, les mécanismes de suivi mis en place, et donc améliorer les soins, ce qui est toujours souhaitable, ou l'inverse, notamment transformer les orientations des établissements au détriment de la qualité, de la pertinence ou de l'accès aux soins pour notre population.

Ce type de *management*, nécessairement associé au financement selon les résultats (« *pay for performance* »), s'inspire notamment du principe que le mode de gestion publique est intrinsèquement mauvais et trop coûteux et qu'il faut donc l'améliorer, le stimuler, voire le remplacer, ce qui est loin d'être démontré dans la littérature.

Au contraire, il apparaît que ce type de gestion cause inévitablement un lot d'effets pervers, remettant par exemple en question les valeurs fondamentales sous-tendant un réseau public de soins et cessant de centrer la gestion sur le patient.

Concrètement, il engendre généralement deux classes de patients : ceux qui sont « rentables », permettant d'atteindre les objectifs de gestion parce qu'on peut les soigner facilement et de manière moins « coûteuse », et ceux qui sont, malheureusement et à leur corps défendant « non rentables », soit les malades chroniques, les personnes handicapées, les malades mentaux, qui eux demandent beaucoup de ressources pour des « résultats » beaucoup plus difficiles à mesurer. Les premiers améliorent les « indicateurs de performance » alors que les seconds les abaissent. Lesquels seront privilégiés par des administrateurs « indépendants » souhaitant améliorer « leurs » indicateurs de gestion et de performance ?

On peut imaginer l'impact sur les choix des établissements que pourrait avoir un développement de la gestion dans ce sens : on vulnérabiliserait toute une classe de patients et de citoyens qui sont déjà, malheureusement, les plus vulnérables de notre société et qui ont moins de moyens pour faire valoir leurs droits, se disqualifiant eux-mêmes dans les processus décisionnels, en particulier si on s'éloigne d'une vision clinique et humaniste des soins.

Il en va de même pour les soins de longue durée (typiquement prodigués dans les CHSLD) qui ne produisent pas de résultats facilement mesurables par des indices de performance et qui, de toute évidence, pourraient être négligés, notamment par des établissements largement fusionnés et donc porteurs de plusieurs missions complémentaires, dans une gestion trop axée sur la performance.

Bien que nous reconnaissons l'importance de la qualité en santé, de l'amélioration des soins et de la mesure des effets cliniques des décisions administratives, l'idée même de mesurer la performance nous paraît comme une sorte de vœux pieux, qui ne tient pas bien compte de la réalité clinique des soins de santé.

C'est que les « résultats » de l'acte médical ne se mesurent pas aussi aisément qu'on le laisse entendre dans plusieurs alinéas du texte du projet de loi 127. Qu'est-ce qu'on mesure exactement ? Est-ce une liste d'attente, un état de santé, un sourire de satisfaction, une complication ?

L'utilisation d'indices pour mesurer la performance et ainsi faciliter le travail de l'administrateur implique la standardisation de la pratique médicale, ce qui en soi n'est pas nécessairement néfaste, dans la mesure où, pour diminuer les complications, il faut des procédures de soins reconnues, appuyées sur des normes de qualité partagées, mais il peut également se produire des dérives, tel que Henry Mintzberg l'énonce élégamment :

[L]a conception des standards de résultats ou de performances est découragée par le problème insoluble « d'opérationnaliser » les objectifs du travail du professionnel. [...] De nombreux facteurs concourent à renforcer ce problème de l'inversion des moyens et des fins [... dont, entre autres,] la difficulté intrinsèque de mesurer les résultats du travail du professionnel.³

En effet, les objectifs mêmes des actes médicaux varient considérablement en fonction du patient et du jugement professionnel du médecin, qui est en grande partie responsable de la qualité de l'acte et aussi des dépenses encourues. Bien avant les principes administratifs, ce sont donc les données probantes et les guides de pratique qui doivent orienter les décisions médicales, alors la réduction de l'activité clinique à des indices de performance ne peut être que néfaste.

À nouveau Mintzberg :

Le plus souvent, ceux qui sont en dehors de la profession voient les problèmes comme un manque de contrôle extérieur sur le professionnel et la profession. [...] Un autre mécanisme de coordination possible est celui de la standardisation des procédés de travail ou des produits. Mais [...] un travail complexe ne peut pas être formalisé au moyen de règles, de règlements ou de mesures de performance. Tous ces types de contrôles ne font réellement, en transférant la responsabilité du service du professionnel à la structure administrative, que détruire l'efficacité du travail.⁴

Une telle philosophie de gestion, directement issue du privé, ne peut être transposée directement et sans discernement au monde de la santé, d'autant plus qu'elle sous-entend une concurrence interne entre les établissements.

Nous croyons donc fermement qu'il s'agit d'une application inappropriée des principes du marché à un secteur qui ne s'y prête pas – et qu'on ne doit pas tenter de transformer pour qu'il s'y prête.

³ Mintzberg, H., *Le management, Voyage au coeur des organisations*, Eyrolles, Éditions d'Organisation, Paris, 2007, pp. 328, 337.

⁴ *Idem*, pp. 339-40.

Un des impacts sous-estimés de l'application d'indicateurs de performance est la possibilité pour les établissements d'agir non pas pour rencontrer les besoins cliniques des patients, mais bien pour présenter un « bulletin » acceptable, où le « jeu » (« *gaming* ») utilisant les indicateurs et manipulant parfois les données peut prendre plus de place que le sérieux avec lequel des solutions cliniques concrètes sont proposées et acceptées.

Ce phénomène a pu être observé ailleurs comme chez nous, par exemple dans le dossier des urgences ou des listes d'attente, où l'obsession à rencontrer certains indicateurs pousse à des comportements en apparence souhaitables, mais en réalité parfois opposés aux besoins des patients.

Nous repons donc la question au gouvernement : où se retrouve l'énoncé des valeurs qui sous-tendent ce texte de loi, si ce n'est qu'il s'agit, en réalité, d'un étalage de moyens généralement empruntés au discours du libre marché et dont la principale valeur est une croyance qu'on pourrait dire aveugle dans la justesse et la puissance de ces moyens.

Dans ce discours, la concurrence doit être mise en opposition avec la collaboration. Que des entreprises privées se fassent concurrence entre elles est une chose, mais que nos établissements de santé n'ayant ni la même mission, ni la même population à soigner, ni le même niveau de spécialisation, ni les mêmes moyens, ni les mêmes professionnels, se fassent concurrence entre eux, c'est une idée que nous ne pouvons appuyer.

Le réseau doit collaborer dans son ensemble vers l'atteinte d'un objectif commun : offrir à la population des soins de qualité conformément à ses besoins.

... au système à deux vitesses !

Il est également difficile de passer sous silence le fait que ce projet de loi s'inscrit à notre avis dans la continuité d'une panoplie de mesures permettant d'entrevoir avec de plus en plus de netteté un système de santé où il y aurait concurrence entre des établissements privés et publics, ce qui serait une grave erreur.

Ce principe s'inscrit au Québec dans la croyance véhiculée par certains groupes à l'effet qu'un système « à deux vitesses » (une « saine » concurrence entre le privé et le public) serait la panacée, notamment pour limiter la croissance des coûts, alors que rien à notre connaissance ne permet de supporter cette affirmation.

En effet, cette notion de gestion axée sur la performance, ou encore de « nouveau *management* public », ouvre directement la porte à une concurrence non souhaitable. Elle permet dans un premier temps la mise sur pied d'une concurrence à l'intérieur du système public et dans un deuxième temps celle d'un système privé-public où le principe directeur est la concurrence ouverte, laquelle est d'ailleurs amorcée par la création des centres médicaux spécialisés et le laisser-aller autour des frais accessoires illégaux.

Il faut travailler à l'accès pour tous et non à l'accès selon les moyens, lequel serait inévitablement favorisé à moyen terme si le système de santé se transformait selon les principes proposés dans le projet de loi 127.

Les changements amorcés depuis une dizaine d'années et élargis par le projet actuel sont de nature à miner graduellement les principes d'accessibilité, d'universalité, d'intégralité, et de gestion publique qui doivent continuer à baliser notre service de santé, si l'on souhaite faire face, de manière compétente et efficace, aux défis des prochaines décennies.

La gestion doit être un moyen et non une fin. Au service d'une mission de service public définie par la loi, elle ne doit pas en définir les prémisses. Or, nous nous inquiétons grandement du fait que l'on semble souhaiter gérer le système de santé comme une entreprise privée.

Cette orientation participe d'une dérive actuellement soutenue par des « experts indépendants », justement, qui se basent sur des *a priori* quant à l'efficacité du privé en santé qui ne sont pas supportés par nos connaissances actuelles en ce domaine, qui montrent plutôt que la gestion publique, au cœur de notre système de santé, est plus efficace et plus efficiente. Ces experts indépendants seront-ils les administrateurs indépendants de demain dans nos conseils d'administration ?

Il ne faut pas le souhaiter, car ils proviennent souvent de *think-thank* tout aussi « indépendants », où économistes, gestionnaires et hommes de loi travaillent à diffuser largement des points de vue « indépendants » mais sagement repris en boucle par les entreprises de communication, pour nous convaincre que les institutions de l'État sont mal gérées, qu'elles devraient se soumettre aux lois de l'entreprise privée et que la concurrence est essentielle à la stimulation des organisations pour l'obtention de meilleurs résultats.

Ce n'est pas seulement une question de valeurs ou d'éthique : en santé les solutions publiques sont généralement plus efficaces et moins coûteuses que les solutions privées.

La santé ne peut et ne doit jamais être un produit à marchander.

Conclusion : un projet de loi à retirer

Nous, Médecins québécois pour le régime public, croyons que ce projet de loi devrait être retiré. Nous croyons qu'une telle refonte de la gestion du système de santé n'est justifiée en rien et que l'absence d'énoncé de principes doit faire douter sérieusement de son bien-fondé.

Nous entrevoyons que le projet de loi 127 propose un modèle où les gestionnaires « indépendants » alignés sur le ministre, imposés aux établissements, auraient pour mandat de créer une concurrence interne entre les établissements, en compétition pour des résultats restant à définir.

Cette « vision » nous apparaît basée sur la croyance implicite que la « main invisible du marché » viendra « assainir » la gestion de notre système public. Il s'agirait d'une nouvelle phase nous rapprochant encore plus d'un système de santé où le privé est le concurrent naturel du public.

Nous nous opposons à une telle dérive dans la gestion du système de santé et croyons que le gouvernement du Québec doit cesser d'accumuler les réformes administratives pour enfin élaborer un plan axé sur les fins plutôt que sur les moyens, afin de revenir à l'essentiel : **une mission clinique et de service public destinée à servir l'ensemble de la population et appuyée par une participation active de toutes les composantes de la communauté interne du réseau.**

Ont participé à la recherche et la rédaction de cette position de MQRP :

Lucie Dagenais, membre associée au CA

Cory Verbauwhede, secrétaire-trésorier

Maxime Dussault-Laurendeau, conseiller

Alain Vadeboncœur, vice-président

Louise Authier, conseillère