

De la Commission Castonguay au Groupe de travail Castonguay : le parcours de l'idée de privatisation.

Mélanie Bourque, Université du Québec en Outaouais
Gaëlle Leruste, étudiante à la maîtrise, Université McGill.

Au Québec, l'adoption du régime d'assurance-maladie universel s'est faite dans un contexte particulier. À l'époque, les médecins spécialistes s'opposent farouchement à une telle mesure et font la grève. Le gouvernement Bourassa profite alors de la Loi sur les mesures de guerre pour imposer un décret qui force les spécialistes à rentrer au travail en même temps qu'il adopte le projet de loi. On assiste ainsi à la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle tel que le recommandait la commission Castonguay-Nepveu¹. Le principe de cette assurance sociale qu'est l'accessibilité universelle selon le besoin sans égard au revenu sera à la base du nouveau régime. En aurait-il été de même si les circonstances politiques avaient été différentes? L'approche cognitive permet de répondre oui à cette question. La mise en place de l'État providence et l'imposition du référentiel modernisateur ainsi que les politiques fédérales auraient fini par avoir raison des médecins. Néanmoins, l'événement montre qu'il existe au sein de ce système des idées opposées qui sont sources de conflits depuis sa mise en place et qui auront un impact sur son évolution dans un contexte de transformation du référentiel global.

Il faudra attendre une quinzaine d'années pour que le gouvernement, de nouveau sous la gouverne libérale de Bourassa, mette sur pied une nouvelle commission dirigée par Jean Rochon. Certaines des recommandations seront appliquées par la ministre Lavoie-Roux et Côté en 1991, mais ce n'est qu'en 1997 qu'on assistera à une réforme importante dont le but premier sera la réduction des coûts. Le virage ambulatoire qui se fera à coup de coupures et de mises à la retraite constituera la première intervention qui a transformé l'organisation du système de santé. À partir de 1999, les gouvernements, qui se succéderont, commanderont à intervalles réguliers non moins de quatre rapports à divers groupes de travail et à une commission parlementaire dont les thèmes porteront essentiellement sur la question du secteur privé et du financement du système de santé. Les acteurs qui participeront à ces exercices publics contribueront aux transformations d'un système qui avait consacré Claude Castonguay comme le père de l'assurance-maladie au Québec.

Les Commissions parlementaires et, jusqu'à un certain point, les groupes de travail constituent des lieux importants de débats liés aux politiques publiques et à l'intervention de l'État. Si les premières sont davantage ouvertes à la délibération, même ils sont significativement moins démocratiques, les seconds appellent tout de même à la participation des principaux groupes sociaux et engendrent des débats importants dans la société. Il s'agit donc d'environnement d'échange ou peuvent s'exprimer la grande majorité des idées liées à l'enjeu sur lequel porte l'événement. Les Commissions et les groupes de travail sur le thème de la santé ont effectivement été le lieu de débats importants qui ont dépassé leur simple contexte. Quel a donc été le rôle des principaux acteurs individuels et collectifs ? Quelle a été l'influence de leurs idées sur le système de santé du Québec? Comment l'idée d'une participation plus grande du secteur privé s'est-elle imposée?

¹ Les recommandations du rapport ne seront évidemment pas appliquées de façon intégrale.

Cet article vise à comprendre la construction de sens dans les rapports des Commissions parlementaires et des groupes de travail autour du thème de la privatisation et de la transformation du système de santé. Son but est d'expliquer les changements et de montrer comment les médiateurs, ou si l'on préfère les « stake holders », ont réussi à imposer un nouveau référentiel dans ce qui restait du dernier bastion issu du référentiel modernisateur. La première partie visera à présenter l'approche cognitive ainsi que les principaux concepts auxquels nous aurons recours. La seconde partie portera sur la méthodologie utilisée pour analyser notre corpus. La troisième partie sera dédiée à comprendre le rôle des acteurs dans la transformation du système de santé.

Cadre théorique

Les notions de représentation sociale, d'idée et même de croyance ont été largement ignorées du champ de l'analyse des politiques publiques jusqu'à la toute fin des années 1980. Certaines analyses inspirées de l'approche foucauldienne portaient sur le discours politique, mais très peu, à notre connaissance, traitaient directement des politiques publiques. Les idées, comme prémisses de l'analyse des politiques publiques, constituent aujourd'hui un champ d'étude important (Béland, 2006 ; Sabattier, 2000; Hall, 1993; Muller, 1987, 2000, 2005; Lascoume et Le Galès, 2001). Les approches cognitives ont permis de dépasser l'analyse proprement institutionnelle et de mieux comprendre le rôle des acteurs dans la construction de sens donné à l'action publique. Elles visent, entre autres, à comprendre la genèse ou les éléments fondateurs des politiques publiques. Il ne s'agit toutefois pas de limiter ce type d'études à la simple reconstruction du sens dans les différents secteurs des politiques publiques, mais bien d'expliquer comment s'opèrent les transformations dans ces mêmes secteurs.

Selon Muller, les politiques publiques sont à la fois une représentation du problème, de la solution et des objectifs visés. Elles sont le résultat de la confrontation des groupes de laquelle ressort une vision du monde. Le choix des instruments est alors conditionné par cette vision qui sert à donner un sens à la politique. Parce qu'elles sont nécessairement associées à des intérêts, les idées ne doivent toutefois pas être analysées en vase clos. Il ne s'agit donc pas d'isoler simplement les idées, mais bien de les mettre en rapport avec les acteurs qui les ont véhiculées. Si certains acteurs sont en mesure d'influencer le sens de l'action publique dans un secteur donné, c'est qu'ils défendent leurs intérêts associés, eux-mêmes, à une vision du monde particulière. La confrontation favorisera de facto certains groupes au détriment de d'autres puisqu'ils seront en mesure d'imposer leurs idées et ainsi de définir les idées prépondérantes du secteur. La notion de domination est donc centrale. Muller (1999) montre d'ailleurs comment les médiateurs, les porteurs de nouvelles idées, dans le secteur de l'agriculture ont fini par imposer leur représentation du territoire au domaine de l'agriculture française et ainsi transformer le référentiel sectoriel.

Le concept de référentiel permet de définir la représentation du monde véhiculée par les acteurs et les politiques publiques d'un secteur. Les référentiels se réalisent comme des mécanismes d'interprétation du monde, par lequel une vision de la société s'impose, sera acceptée et reconnue par la majorité des acteurs du secteur (Muller et Surel, 1998, p. 53 ; Muller P., 2005, p.170). Cette approche définit deux référentiels : le référentiel global et le référentiel sectoriel. Ces deux concepts arrivent trois dimensions : la dimension cognitive qui permet de comprendre et d'expliquer les problèmes; la dimension normative qui définit les valeurs associées à la résolution de problèmes; et la dimension instrumentale qui définit les principes d'action de la

politique (Jobert, 1992). Le référentiel global représente le lieu commun où les acteurs puisent le sens de leur action. Il définit alors la structure et, par le fait même, les contraintes cognitives et normatives imposées à l'action publique dans l'ensemble de ses secteurs (Muller, 2000). Cela ne signifie toutefois pas que le référentiel global s'impose de manière mécanique et totale à tous les secteurs de l'ensemble des pays, mais plutôt qu'il définit un cadre général avec lequel le référentiel sectoriel est mis en rapport. Il n'y a donc pas de changement total et immédiat même si un nouveau référentiel global s'impose. Il s'agit d'un processus lent puisque le résultat est issu de luttes de pouvoir entre différents acteurs et qui ne résultent pas en un discours social totalement hégémonique. Malgré la domination de certaines idées sur les autres la confrontation ne saurait disparaître du débat démocratique peu importe le référentiel dans lequel on se trouve.

Le référentiel sectoriel représente le cadre normatif et cognitif d'un secteur particulier de l'action publique. On peut citer comme exemple la politique économique, la politique culturelle ou la politique sociale. La relation entre le référentiel global et les référentiels sectoriels repose sur la contrainte puisqu'elle impose aux acteurs « une forme de « vérité » de plus en plus difficilement contestable, parce qu'elle se révèle la plus efficace pour donner du sens au monde vécu des agents » (Muller, 2005, p.170). On constate dès lors que cette relation entre les concepts de référentiels global et sectoriel renvoie à la relation de domination que nous décrivions plus tôt. En effet, la représentation du monde à partir de laquelle est constitué le référentiel s'impose comme étant la « bonne ». Ainsi, les pratiques d'un secteur de l'action publique seront remises en question lorsque « la poursuite de politiques antérieures...est menacée d'être frappée d'illégitimité » (Muller, 2005, p.175). Autrement dit, le référentiel sera considéré comme désuet lorsqu'un décalage trop important l'éloignera du référentiel global dominant. La remise en question mènera nécessairement à une transformation de ce secteur où sera dorénavant imposé le nouveau cadre normatif sectoriel porté par les acteurs et défini en rapport étroit avec le référentiel global.

Méthodologie

Le corpus est composé des rapports des commissions parlementaires et des groupes de travail sur le système de santé (Commission Castonguay 1966, Commission Rochon 1988; Groupe de travail Arpin, 1999; Commission Clair 2001; Groupe de travail Ménard, Groupe de travail Castonguay, 2008) ainsi que des mémoires (des commissions) déposés lors de ces événements ou des positions des groupes consultés et, enfin d'une revue de presse. Dans le cas des mémoires, nous avons privilégié les associations patronales, les associations professionnelles, particulièrement celles des médecins ainsi que les syndicats. Nous nous attarderons d'ailleurs davantage au groupe composé des médiateurs que Muller définit comme porteur du nouveau référentiel. Pour compléter cette analyse de contenu, nous avons également procédé à quelques entrevues avec des acteurs clés du secteur. Ces entrevues ont servi uniquement à confirmer nos résultats d'analyse. L'intérêt des commissions parlementaires comme objet d'analyse de l'approche cognitive repose sur plusieurs facteurs : (1) La mise sur pied de commissions parlementaires et de groupes de travail vise généralement à redéfinir l'action publique d'un secteur ou à tous le moins à régler un problème identifié. (2) Ces commissions représentent des moments de genèse des politiques publiques et ont fortement influencé, même sur le très long terme, les transformations subséquentes au système. (3) Elles ont été le lieu de la participation de médiateurs porteurs de la mutation du référentiel sectoriel associé aux soins de santé. (4) Les demandes des gouvernements se sont accélérées à partir de la toute fin des années 1990 si bien

que quatre rapports ont été produits en moins de 10 ans. Ce phénomène témoigne d'un processus associé à la redéfinition du référentiel sectoriel du système de santé québécois. (5) En 1966, Claude Castonguay, alors Commissaire était consacré comme le père de l'assurance-maladie universelle. Quelques 40 ans plus tard en 2008, il propose un nouveau rapport qui vise le retour du secteur privé ainsi que des frais modérateurs. Ce même acteur peut-il être porteur de deux référentiels sectoriels opposés?

Le corpus manuscrit a été analysé avec le logiciel NVivo 8.0 à partir des indicateurs qui définissent le concept de référentiel. Ceux-ci s'articulent autour de quatre perceptions du réel en lien les unes avec les autres. (1) les valeurs qui représentent le cadre global, avec des oppositions fondamentales (bien/mal ; équité/égalité ; santé/maladie ; public-privé) – deep core, (2) les normes : les écarts entre le réel perçu et le réel souhaité. Puisqu'il y a écart, on doit vouloir réduire cet écart. On se donne alors des principes d'action, par exemple, diminuer les coûts de santé ; (3) les algorithmes : ce sont les relations causales : « si... alors » qui sont au cœur de la théorie de l'action qu'est la politique publique. (si l'assurance santé est universelle, tous y auront accès vs le soins coûteraient moins chers si le secteur privé était plus actif) ; (4) enfin, les images : les listes d'attentes, les mouirois, « le patient », « le client ». Ces images discursives simplifient le monde et donne du sens sans qu'elle n'est besoin d'être expliquée².

Les idées et le système de santé

Du référentiel global modernisateur au référentiel global de marché

Le référentiel modernisateur, tel que le définit Muller (2005), s'est imposé suite à la seconde Guerre mondiale en Europe. Au Québec, on peut associer au référentiel modernisateur la mise en place de l'État providence durant les années 1960. Il s'agit de l'époque de la création du système d'éducation, des grands programmes sociaux comme ceux de l'aide sociale, de l'assurance-chômage et bien sûr du système de santé universel. On peut également lier cette période aux grandes valeurs que sont la justice sociale, l'universalité, l'égalité des chances, mais aussi à la redistribution de la richesse et à l'omniprésence de l'État. La crise économique du début des années 1980 provoquera la remise en cause de ce référentiel qui avait défini l'ensemble de la régulation étatique. Les tenants du monétarisme réussissaient donc à imposer leurs idées.

En réponse à cette crise, le référentiel global de marché a supplanté le référentiel modernisateur progressivement depuis le début des années 1980. Les politiques de laissez-faire, l'ouverture des marchés et la transformation du marché du travail qui y est associée ont provoqué des mutations profondes de la régulation étatique. Les différents secteurs de l'intervention de l'État ont ainsi été redéfinis. Un des exemples révélateur est celui de la transformation du référentiel sectoriel de la protection sociale qui ne vise plus à assurer les principaux risques sociaux (la maladie, le chômage et la vieillesse), mais plutôt à investir dans le futur et à intégrer le plus grand nombre sur le marché du travail (Jenson, 2006, Espin-Andersen, 2008). Cette remarchandisation de la protection sociale a touché le secteur de la sécurité du revenu (aide sociale, assurance-chômage) et jusqu'à un certain point la politique familiale (Jenson, idem). Les principales valeurs qui y sont associées ne sont plus celles du référentiel modernisateur, mais bien celles de l'équité, de

² Nous ne tiendrons toutefois pas compte des images dans ce texte.

l'efficacité, de la qualité et de l'imputabilité, de l'activation des prestataires et de la responsabilité individuelle.

Cette remarkandisation ne s'est pas faite au même rythme dans les systèmes de santé que dans le secteur de la protection sociale, du moins au Canada et au Québec. C'est surtout à partir de la toute fin des années 1980 que l'on proposera les premières réformes associées à certains principes de la nouvelle gestion publique. Le maintien du principe de l'universalité sera toutefois maintenu pendant une dizaine d'années encore. Au terme de cette période, à la fin des années 1990, il sera directement question du recours au secteur privé dans le domaine de la santé au Québec (Bourque, 2009). La plupart des États occidentaux, ont à la même époque, remis en question l'accessibilité universelle de leur soin de santé en invoquant la nécessité de la participation du secteur privé comme ultime solution aux problèmes de financement. Certains, comme le Royaume-Uni ont eu recours au partenariat public-privé, la France, a imposé un ticket modérateur, d'autres comme les Pays-Bas ont instauré une assurance privée mandatée.

La définition des référentiels sectoriels et le système de santé québécois

Référentiel de la solidarisation des risques

Le référentiel sectoriel de la santé au Québec s'est construit autour du référentiel global modernisateur. Il véhicule les idées de la solidarisation des risques sociaux donc à la démarchandisation, du besoin, de l'universalisme, de la gratuité des soins, de la justice et de l'égalité.

Référentiel de marché

Le référentiel sectoriel de marché est, quant à lui, associé aux idées liées à la remarkandisation. Les principes associés au secteur privé, généralement appliqués à la gestion du système : l'efficacité, la performance, les résultats etc. De plus, toutes les formes de privatisation tel que le recours aux PPP, à l'assurance privée, au frais individuel tel que le ticket modérateur et à la dispensation de soins par le secteur privé.

Les Rapports

Le but de cet article, nous le rappelons, est de comprendre la transformation du référentiel sectoriel du système de santé québécois depuis les années 1980. Nous consacrerons donc moins de temps à la construction du référentiel sectoriel qui a conduit au rapport Castonguay de 1966. Bien qu'il sera question brièvement de certains des principaux acteurs, le but sera plutôt de décrire brièvement la vision du système de santé portée par ce dernier pour ensuite expliquer la transformation du référentiel sectoriel du système de santé québécois.

La commission Castonguay-Nepveu : la consécration du référentiel modernisateur ou providentialiste

Les années duplessistes retarderont la mise en place d'une assurance-maladie universelle. Le terrain était toutefois préparé par plusieurs initiatives fédérales inspirées par les Rapports Rowell-Sirois et Marsh produits dans les années 1940. La Loi sur l'assurance-hospitalisation de 1957 marquera un point tournant dans l'histoire du système de santé au Canada. Au Québec, les années 1960 seront le spectacle de la définition du discours et de la protection sociale

d'inspiration providentialiste caractéristiques du référentiel modernisateur qui conduira à la mise en place de l'État providence québécois. Le discours inaugural de Robert Bourassa en 1970 en témoigne :

Les inégalités, les injustices sociales, la pauvreté, l'insécurité ne peuvent être résolues simplement par la croissance économique. L'expérience américaine, entre autres, en témoigne d'une façon éloquente. Le fossé qui se creuse entre les riches et les pauvres ne se comble pas de lui-même par un simple accroissement de la prospérité du milieu. Tel est notre programme de gouvernement, l'essence même de ce que nous avons proposé à la population du Québec³.

C'est l'Union nationale sous la gouverne de Johnson qui créera en 1966 la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, présidée par Claude Castonguay et Gérard Nepveu (Facal, 2006). Le mandat de la *Commission sur la santé et le bien-être social* dépassait largement celui de la santé. Elle avait été mise sur pied dans le but de revoir l'ensemble de la protection sociale. Le rapport proposera, entre autres mesures, la création d'un salaire social qui permettrait à tous les citoyens d'atteindre un certain niveau de revenu. La création d'une assurance-maladie universelle financée par le biais de l'impôt sur le revenu constituera l'élément retenu par l'histoire probablement parce qu'il constituera une des pierres angulaires de la protection sociale québécoise.

Castonguay s'est alors adjoint de commissaires issus des élites traditionnelles de la société québécoise. Toutefois, celui-ci s'est également entouré d'une nouvelle élite technocratique jeune et francophone, formée à l'étranger (Facal, 2006). Ceci contribuera à l'avancement d'idées associées à la justice sociale et à solidarisation des risques dans un rapport prônant la mise en place d'une assurance-santé universelle financée par l'impôt. Il est également important de souligner que le rapport sur les services de santé sera déposé par Nepveu puisque Castonguay était alors nommé ministre de la Santé.

Le talon d'Achille du Régime public universel : L'opposition continue des médecins

Les années 1960 seront celles de la lutte entre la profession médicale et les tenants de la mise en place d'un régime de santé universel (Gaumer, 2008). Les médecins spécialistes ou les compagnies d'assurances se positionneront dès le départ contre la création d'un tel régime.

Au nom de la médecine libérale, les médecins constituent le groupe qui livrera la lutte la plus acharnée contre ce nouveau référentiel sectoriel. Les médecins spécialistes seront toutefois les plus virulents. Des litiges existaient déjà entre les spécialistes et les omnipraticiens sur la rémunération respective de ceux-ci. Au nom de leur spécificité, les spécialistes avaient réussi à imposer une rémunération deux fois plus élevée (Gaumer, 2008). Les médecins omnipraticiens créent alors en 1962 une nouvelle fédération distincte la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). Quant aux autres, ils se regrouperont dans la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) en 1965. À l'époque, ceux-ci fixent leurs honoraires en fonction de la capacité de payer du patient. Leur vœu est de créer un régime public qui cible uniquement

³ Discours inaugural du premier ministre du Québec à l'Assemblée nationale, Québec. Premier Ministre. (1970-1976/1985-1994 : Bourassa), 1971.

les plus démunis. Alors que Bourrassa, dans le but d'instaurer le nouveau système de soins, concède à la FMSQ la possibilité de désaffilier 3% de leurs membres, ceux-ci crient au scandale. Même si la presse et la population appuie le gouvernement, les spécialistes s'engageront dans une bataille qui ira jusqu'à la grève. Le 1^{er} novembre 1970, la Loi sur les mesures de guerre « permettra » l'instauration du régime universel d'assurance-maladie au Québec.

Malgré son appui relatif au nouveau régime, la FMOQ revendique la possibilité de désengagement du régime et s'oppose fortement à la salarisation des omnipraticiens. Elle incite également ses membres à se regrouper dans des polycliniques (Demers, 2001). En 1976, la FMOQ obtient le droit de représenter les médecins des CLSC, ce qui met fin au conflit. Le mode de rémunération à l'acte ainsi que des hausses importantes de revenu leurs seront toutefois concédés.

LE RAPPORT

Les valeurs

Le rapport Castonguay de 1966 véhicule un ensemble de valeurs directement liées au référentiel modernisateur. On retrouve ainsi l'universalité, la responsabilité collective, la justice et l'égalité.

Le phénomène de l'**inégalité** économique tend à se transmettre et à s'accroître du fait que les familles jouissant de revenus moins élevés sont financièrement incapables de se prémunir contre les risques économiques et sociaux liés à la maladie et à la perte de l'emploi.

Or, si un tel dialogue ne s'accompagne d'une collaboration étroite entre les deux parties, il est à craindre que le système de dispensation ne soit infléchi de façon à favoriser certains intérêts particuliers, contraires aux exigences du **droit aux soins, égal pour tous**, et à l'orientation vers un concept de « médecine globale ».

Les normes

La norme, telle que définie par le concept de référentiel, vise à réduire un écart entre la situation réelle et la situation souhaitée. Le problème principal identifié dans le rapport est lié à l'état de santé de la population que l'on désire améliorer. Pour ce faire, celle-ci doit avoir accès aux soins prodigués par la médecine moderne. Le rapport montre comment les facteurs socio-économiques peuvent produire un des problèmes d'accessibilités aux soins de santé, les plus riches y ayant accès et les autres non. Les normes proposées renvoient donc au référentiel modernisateur, ou si l'on préfère providentialiste, du secteur de la protection sociale et de la santé : la solidarisation des risques qui passe par la redistribution de la richesse.

L'assurance-maladie étant avant tout une mesure de sécurité sociale, la transposition du principe de l'équivalence individuelle ne saurait permettre la **solidarisation des risques** sociaux entre l'ensemble des membres de la collectivité.

...le but premier de l'assurance-maladie, sur le plan du financement, réside dans le partage des coûts, nécessaire à la **solidarisation des risques** entre l'ensemble des membres de la collectivité.

Lorsque nous rattachons strictement l'accessibilité des soins aux effets de la maladie sur le plan individuel ou familial, il ressort clairement que certains besoins médicaux ne peuvent être satisfaits que par **l'intervention de l'État**.

Si la norme est celle de l'étatisation, elle doit être accompagnée de moyens pour y arriver. La planification et la centralisation constituent une norme qui permettra de résoudre les problèmes du secteur de la santé de l'époque. « L'instrument idéal de coordination du système ».

Assurer à la population le plus haut niveau de santé passe ainsi par l'étatisation du système de soins. Procéder autrement, selon les auteurs du rapport, nuirait fortement à la modernisation du système de santé.

Les algorithmes

Les algorithmes montrent clairement que la conséquence du recours à l'assurance privée est celle de la réduction de l'accessibilité, en particulier pour les plus pauvres.

Même si les sociétés d'assurance sont souvent gérées de façon plus efficace que les services publics, il n'en reste pas moins qu'elles offrent des conditions plus avantageuses aux « bons risques », c'est-à-dire aux personnes qui, en raison de leur âge, de leur santé, de leur situation, seront le moins souvent exposées à demander une prestation. Les petits salariés et les personnes à revenu modique ou irrégulier peuvent difficilement payer les primes exigées ou en poursuivre les versements sans interruption. Voilà pourquoi les sociétés d'assurance ne sont pas en mesure de fournir une protection à l'ensemble de la population et elles ne pourront jamais qu'ajouter un supplément à la sécurité sociale pour les individus désirant une protection additionnelle qu'ils sont capables de financer eux-mêmes.

À cet égard, le passage suivant abonde dans le même sens.

En d'autres termes, si la distribution des revenus ne s'améliore pas de façon satisfaisante, si le prix des soins continue de monter et si la consommation médicale croît parallèlement au niveau de la vie, nous sommes forcés de conclure que les progrès économiques s'accompagnent d'une détérioration de la situation relative des familles à bas revenu. L'instauration d'un régime public d'assurance-maladie apparaît donc nécessaire pour enrayer une telle détérioration et assurer l'accessibilité des soins à l'ensemble de la population.

Le Rapport Castonguay propose ainsi une assurance universelle qui sera mise en place malgré l'opposition des médecins.

L'ère de la transformation

La crise économique des années 1980 provoquera des changements importants dans la régulation étatique (Bourque G., 2004). Ainsi, au nom du déficit budgétaire et de la dette, la totalité des États développés adopteront une politique économique monétariste (ouverture des marchés, inflation...) et diminueront leurs dépenses en matière de protection sociale, renvoyant aux individus les risques jadis considérés comme sociaux (REF). Au Québec, même s'ils n'avaient pas été appliqués par Robert Bourassa, les Rapports des Sages de 1985 (Scowen, Gobeil et Fortier) proposaient un retrait massif de l'État de la sphère publique (Rouillard et al. 2006). La période correspond, entre autres, à la fin de l'expansion de la fonction publique, à la restriction du droit de grève, ces mesures sont d'ailleurs proposées au même moment ou, dans le secteur de l'aide sociale, la réforme Paradis fait le premier pas vers un programme axé sur la responsabilisation de l'individu.

On assiste alors, comme nous l'avons décrit plus haut au passage du référentiel global modernisateur au référentiel de marché. C'est dans ce contexte que sera créé la Commission Rochon qui proposera à la fois la pérennisation de l'assurance-santé universelle et une transformation importante de l'organisation du système.

La commission Rochon : À la croisée des chemins

La Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux sera mise sur pied par le gouvernement du Parti Québécois en 1985 et reprise par celui du gouvernement Libéral suite aux élections. Fait important, le gouvernement fédéral venait de créer la commission Hall. Sous la gouverne de Mulroney adopte en 1984, on adoptera la Loi canadienne sur la santé. Ce faisant, le gouvernement fédéral réitère le principe de la gratuité et de l'universalité et impose cette nouvelle norme à toutes les provinces. Cette loi a très certainement eu une influence sur l'évolution des systèmes provinciaux (Maioni, 1999).

Le rapport Rochon constitue un rapport charnière à la fois en continuité et en rupture avec ce qui l'avait précédé. Il défend à la fois le référentiel sectoriel modernisateur en insistant sur l'importance de l'accès universel (Bergeron 1992; Gosselin, 2001). Le rapport présente toutefois un système en crise, qui nécessite des changements importants. Plusieurs éléments mènent d'ailleurs à la remise en cause partielle du référentiel modernisateur. Plusieurs passages témoignent de la tension entre les groupes qui tient le système de santé en otage. « Le problème de fond provient de ce que le système est prisonnier de ces groupes ; il n'est plus capable d'arbitrer des demandes en fonction d'un objectif commun plus large et plus fondamental que les objectifs particuliers des groupes en son sein. Tout se joue sur la base de rapport de force...plutôt que vers l'atteinte de résultats ». On retrouve à plusieurs endroits une réflexion sur la transformation de l'État. En fait, le contenu du rapport témoigne de la transformation imminente, voire même en cours, du discours sur le système de santé. En fait, on peut affirmer que le rapport Rochon contient le référentiel précédent et annonce tout ce qui composera les rapports qui le suivront.

Déjà à la fin des années 1980, on peut tracer une ligne entre les mémoires qui proposent une implication plus importante du privé dans le système de santé et ceux qui s'y opposent catégoriquement. On peut toutefois affirmer que tous s'entendent sur le fait que le système a besoin de changements. D'aucun ne se surprendra de constater que le Conseil du patronat du Québec et la Chambre de commerce du Québec proposent le recours à l'assurance privée déductible d'impôt alors que les administrateurs qui œuvrent au sein du système tiennent les conventions collectives pour responsables des maux du systèmes.

La FMSQ favorise une participation plus importante du secteur privé qui pourrait même être calquée sur le principe du « Health Maintenance Organization » américain. La FMOQ est beaucoup plus modérée que la FMSQ, bien qu'elle s'oppose à une privatisation totale du système, elle ne rejette pas l'idée d'une participation plus importante du secteur privé dans le système de santé. Quant à la Corporation professionnelle des médecins (actuel Collège des médecins), il ne propose aucun de recours plus important au secteur privé, mais plutôt ne réorganisation du système.

Au contraire, au nom de l'égalité d'accès aux soins de santé, les principales centrales syndicales s'opposeront au recours au secteur privé. Il est important de noter que les syndicats occupent

une place difficile dans le rapport de force de l'époque. Non seulement, le droit de grève a été modifié dans le secteur public, mais, dans le secteur de la santé, on rend responsable les conventions collectives des problèmes. On peut affirmer que le rapport de force n'est pas en faveur de ceux qui défendent le système public universel et gratuit.

Enfin, il est intéressant de noter que les deux fédérations de médecins la FMSQ et la FMOQ s'opposeront vertement le Rapport alors que les groupes syndicaux le salueront.

LE RAPPORT

Valeurs

Le rapport Rochon représente la transition. On y retrouve les valeurs caractéristiques du référentiel modernisateur et du référentiel sectoriel de la solidarisation des risques (universalité, égalité) qui sont cependant accompagnées des valeurs associées au référentiel subséquent : l'efficacité et l'efficience, la responsabilité (imputabilité), la transparence et le changement

Que les services couverts et **d'accès universel** continuent de faire l'objet d'un financement totalement public dont les sources demeurent fiscales.

L'objectif explicite de la formule, réaliser un partage plus **équitable et plus efficace** des enveloppes budgétaires entre établissements, s'en est trouvé compromis.

...améliorer la dispensation des services et l'**efficience** du système.

Commission souhaite marquer clairement les nouvelles attributions de ces instances régionales, à savoir jouir d'une autonomie de gestion, être davantage **imputable**, avoir à moyen terme le pouvoir de taxer. La région régira.

Commission a choisi de se définir comme un catalyseur du **changement**.

Une double norme

La norme reste toujours celle de la solidarisation des risques.

L'État a la responsabilité d'offrir de façon universelle et gratuite à toute personne qui a besoin des services de santé ou des services sociaux, l'aide requise...

L'État doit continuer à assurer l'accès universel et gratuit aux soins de santé.

On fait toutefois référence au fait que l'État n'a pas à être le seul acteur dans le système de soins

Selon la Commission, maintenir un système public fort n'interdit pas à L'État de soutenir le développement de ressources communautaires ni de faire appel à des ressources privées. Toutefois, la Commission est d'avis que le recours aux ressources privées doit rester marginal.

Les problèmes de l'organisation des soins supplantent toutefois la question du privé. On assiste ainsi à une redéfinition de la norme associée au développement d'une administration centrale

présente dans le rapport Castonguay. Ainsi, le rapport Rochon fait une critique acerbe du processus politico-administratif weberien qui est trop lourd et « engloutit la majeure partie des énergies dans ses fonctions de contrôle et de gestion au détriment de la planification et de l'évaluation. ». Il propose un recours plus grand à l'imputabilité et à la reddition de compte (Dubois et Denis, 2001).

« Cette politique doit être d'abord **axée sur les résultats** plutôt que sur les moyens »

« L'absence de méthode **d'évaluation de la performance** mène à ajouter au processus budgétaire... »

Algorithmes

Même s'il est question du vieillissement de la population, les algorithmes portent essentiellement sur la question de la gestion du système de santé.

Même si notre système présente des avantages incontestables sous l'angle du contrôle des coûts et de l'équité, des problèmes subsistent. Sur le plan des sources de financement, le spectre d'une récession, le souci d'une fiscalité moins lourde ou plus concurrentielle, l'évolution de la situation financière du gouvernement fédéral sont autant de facteurs qui mettent en cause la capacité de maintenir une croissance des coûts supérieure, même légèrement, à l'évolution de la richesse collective.

Si l'on oriente le système vers des résultats, cela signifie qu'on replace la personne, son entourage, la communauté au centre d'un système qui a pour mission de répondre à ses besoins. Cela veut dire que la population participe au débat sur les priorités, que les objectifs, les résultats, les moyens sont adaptés à ses valeurs et à ses préférences, qu'elle est la principale responsable et destinataire du processus l'évaluation que nous avons décrite précédemment.

Si l'on permet, par exemple, aux établissements de conserver leurs surplus et de les utiliser à leur guise, ceci peut constituer pour les administrateurs, une incitation importante à améliorer la gestion de leurs ressources.

Réforme « Lavoie-Roux-Côté » 1991

Suite au dépôt du livre blanc déposé par la ministre précédente Lavoie-Roux, le ministre de la Santé Marc-Yvan Côté proposera, en 1991, un projet de loi controversé puisqu'il proposera un ticket modérateur. L'élément le plus important sera bien sûr la décentralisation du système par la création de régies régionales accompagnées de budgets (Gaumer, 2008). La proposition d'un ticket orienteur, destiné à réduire la fréquentation des urgences provoquera de vives réactions. La mobilisation des acteurs syndicaux contre cet aspect de la loi mènera à son abandon. Ceci montre que les défenseurs des soins publics et gratuits ont encore un impact sur les choix sociaux. . Au contraire, les fédérations médicales, qui appuieront le projet de loi initial, s'y opposeront farouchement par la suite (Deslauriers, 1991). Cependant, le simple fait de l'inscrire dans le projet montre l'imposition progressive d'idée associée au référentiel de marché

Le milieu des années 1990 l'ère des coupures dans le domaine social

Le milieu des années 1990 correspond, on le sait, au Sommet économique qui mènera à l'adoption de la Loi cadre sur l'atteinte du déficit zéro. Plusieurs politiques découleront de cette loi. Par exemple, la réforme à l'aide sociale qui visera la réduction du nombre de prestataire et l'imposition de mesures d'insertions sur le marché du travail (Bourque, 2004, Boychuck, 1998). De plus, le Virage ambulatoire de 1997 du ministre péquiste Rochon se fera dans le contexte de qui imposera ainsi des fermetures d'hôpitaux, des mises à pied ainsi que la désinstitutionnalisation qui ne sera pas accompagnée de ressources suffisantes ainsi que plusieurs

mesures associées à la nouvelle gestion publique (Bourque, 2007). Enfin, certaines coupures sont alors annoncées dans le secteur public (Rouillard et al. 2006)

Les années 1990 ont également été le témoin de l'apparition de nouveaux acteurs fondés sur des réseaux importants favorables à une plus grande privatisation en même temps que d'autres, moins nombreux, luttant pour le maintien de l'universalité du régime. Mentionnons, entre autres, l'Institut économique de Montréal; l'Institut pour le partenariat public-privé et CIRANO; auquel s'oppose la nouvelle Coalition solidarité Santé composée des centrales syndicales et de nombreux groupes communautaires. La seule apparition de ces différents groupes met au jour la crise que le secteur est en train de vivre. Il est important de constater que les groupes qui portent l'idée de la privatisation sous quelque forme que soit sont beaucoup plus nombreux et supporter le capital, ce qui leur confère un pouvoir considérable dans les rapports de force.

Le rapport Arpin 1999 : L'ouverture à la remarkchandisation.

Le rapport *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec*, a été commandé par le Ministre de la santé Rochon. C'est sous la présidence de Roland Arpin que le groupe de travail se mettra à l'œuvre en 1998. Il s'agit du premier rapport visant expressément la définition du rôle du secteur privé dans le système de santé au Québec.

Personne ne s'étonnera de retrouver en 1999 la Chambre de commerce et le Conseil du patronat qui insiste sur la nécessité de recourir de façon plus importante au secteur privé. De la même manière, la FMSQ, qui, dès le départ, s'était opposée à l'imposition de l'assurance universelle portant atteinte à l'idée de médecine libérale, comme défenseur de la participation plus grande du secteur privé. Le mémoire de la FMSQ propose une augmentation significative de la part du privé avec la création d'un système privé parallèle, le développement de cabinet affilié ainsi qu'une responsabilisation plus grande des patients. Cette proposition se fait dans le but de défendre les intérêts économiques des médecins (FMSQ, 1999, p.8-9). Le président de l'époque, le Dr. Simard insiste sur le fait qu'en fermant la porte au privé, « On perd une belle occasion d'affaires» (La Presse,...)

Leur mémoire est donc très clair sur cette question la question de l'ouverture au privé : « ...nous pourrions permettre aux patients d'utiliser leurs propres ressources financières pour obtenir des soins complémentaires » (FMSQ, 1999, p. 10). Il est intéressant de constater que la Corporation professionnelle des médecins se positionne pour la première fois en faveur d'une participation plus importante du secteur privé.

Des nouveaux groupes mentionnés plus haut, seul l'Institut pour le partenariat public-privé participera au groupe Arpin. Cet institut a été créé par Pierre Le François, également cofondateur du *Conseil canadien pour les partenariats public-privé*. Le François a quitté le ministère de la Santé à titre de sous-ministre au milieu des années 1990, pour créer ces organismes. La volonté de ce dernier semble très claire : faire une place plus importante au PPP dans le système de santé⁴. Il est d'ailleurs intéressant de constater que certains des membres qui se joindront à cet

⁴ <http://www.ippp.org/membres/messages/04-1999.html>, consulté le 4 mai 2009.

institut participent aux diverses commissions et groupes de travail. On peut affirmer qu'il y a la construction d'un réseau formel d'acteurs en faveur d'une certaine forme de privatisation.

On retrouve également diverses associations d'assureurs privés qui ont tout intérêt à ce que la participation du secteur privé augmente : l'Association canadienne de l'assurance des personnes, le Regroupement des assureurs à charte du Québec. L'Association des centres d'accueil privés autofinancés du Québec, l'Association des hôpitaux privés, l'Association des centres hospitaliers et des centres d'accueil privés du Québec, les Gestionnaires de clinique privée.

Plusieurs institutions se positionnent toujours contre le recours au secteur privé il y a les principales centrales syndicales, la FTQ, la CSQ, la CSN et la FIIQ et certains groupes communautaires. Leurs arguments sont fondés sur le fait que l'accès aux soins de santé ne doit pas reposer sur la capacité de payer des individus. Selon eux, un recours plus grand au secteur privé causerait des inégalités et détériorerait les conditions de travail des travailleurs syndiqués et communautaires du domaine. C'est probablement la dernière fois que l'affirmation de l'importance du Régime public sera aussi explicite dans un rapport. Les syndicats seront toutefois amers face aux conclusions du rapport. Marie Pelchat de la Coalition solidarité santé qui regroupe la plupart des centrales ainsi que plusieurs groupes communautaires affirme alors : «Il y a un paradoxe dans le rapport: on dit non à la privatisation, mais en même temps, on dit oui au privé» (La Presse, 23 sept, 1999, p. A5).

LE RAPPORT

Valeurs

Les valeurs véhiculées par le rapport Arpin sont celles de l'efficacité, du changement et de responsabilité.

...mais dans l'adoption, par le réseau et par les intervenants, de véritables mécanismes de gestion et de **responsabilisation** axées sur des objectifs de résultats et de performance clinique et financière.

...l'approche du gouvernement devrait à notre avis favoriser une démarche de « régulation interne » reposant davantage sur la **responsabilisation** du secteur privé.

Alors qu'il continuera à faire face à une croissance des besoins de la population avec des ressources limitées, notre régime public de santé et de services sociaux devra pouvoir compter sur la contribution d'entreprises privées **efficaces** qui pourront soutenir ses efforts...

Le Québec a déjà mis en place un système de santé public et moderne qui respecte de grands principes de solidarité et d'**équité** tout en réussissant à articuler les activités de multiples intervenants privés dans le respect des valeurs qui les animent.

À long terme, **en l'absence de tout changement important dans sa configuration** (en gras dans le texte), la capacité de notre système public de santé à offrir à l'ensemble des citoyens les services médicalement requis par leur état de santé, indépendamment de leur revenu, tient à sa capacité à contrôler l'évolution de ses coûts et à constamment améliorer son efficacité et son efficience. C'est là sa raison d'être.

Normes

Même si les recommandations du rapport rejettent la privatisation du système public, « Le groupe de travail dit non à une *privatisation* du système public de santé et de services sociaux du Québec, mais dit oui à une meilleure *utilisation* des forces du public et du privé afin de permettre une meilleure réponse à l'ensemble des besoins de la population. » p.38. Toutefois, tout se passe

comme si la question de l'universalité devient instrumentale et constitue une valeur moins centrale comme c'était le cas précédemment.

Le document propose à tous le moins une contractualisation des services de santé. Plusieurs recommandations vont d'ailleurs dans ce sens :

Favoriser le partenariat privé lorsqu'il améliore l'accès aux services publics à moindre coût...

Comme le rapport Rochon, mais de façon beaucoup plus explicite, le rapport insiste sur l'importance d'assurer une saine gestion du système. En ce sens, la nouvelle gestion publique constitue la nouvelle voie à suivre, par exemple, on recommande de « Privilégier la collaboration des partenaires tout en introduisant une dose mesurée de « compétition interne ».

Alors que nous nous acheminons vers une gestion intégrée des services, centrée autour des patients, l'organisation « tayloriste » actuelle du travail est appelée à évoluer vers des approches plus décloisonnées et multidisciplinaires visant des services personnalisés ajustés « sur mesure » à l'ensemble des besoins de chaque patient. Ces changements sont une nouvelle frontière que notre système devra franchir afin de pouvoir mieux répondre aux besoins de la population avec les ressources disponibles.

Algorithmes

On constate à la lecture de ces algorithmes, que le recours au privé, sous la forme de contractualisation constitue la voie à suivre. Sans ce type d'intervention, la pérennité du système est clairement mise en doute.

Si la voie de la collaboration doit être renforcée en priorité, des experts considèrent que celle-ci doit aussi être « aiguillonnée » par l'adoption de nouvelles formes d'organisation laissant place à une certaine « compétition interne »

Alors qu'il continuera à faire face à une croissance des besoins de la population avec des ressources limitées, notre régime public de santé et de services sociaux devra pouvoir compter sur la contribution d'entreprises privées efficaces qui pourront soutenir ses efforts, en particulier dans la mise en place et le fonctionnement de réseaux intégrés de services.

En l'absence de changements **structurels** importants du régime (ex. : abandon partiel ou total de la couverture des services médicalement requis), la part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé paraît appelée à évoluer essentiellement selon l'importance des efforts de contrôle des dépenses consentis par le gouvernement, par sa politique de rémunération, et des efforts d'amélioration de l'efficacité effectués par le réseau public de services.

On note ici que le discours met au jour le décalage entre le référentiel global et le référentiel sectoriel. Le rapport Arpin fait le premier pas affirmé vers la privatisation du système de santé. Malgré l'opposition des syndicats on constate l'influence de plus en plus marquée des idées associées au référentiel de marché portées par des groupes de plus en plus nombreux et qui se constituent en réseau.

La Commission Clair : L'imposition du référentiel de marché

La Commission Clair a été mise sur pied par la Ministre de la santé de l'époque Pauline Marois. Présidé par Michel Clair, ancien ministre et cadre gestionnaire du réseau, la commission portera essentiellement sur la question du financement du réseau. Contrairement aux commissions

Castonguay (1966) et Rochon qui s'étalaient sur plusieurs années, la Commission Clair déposera son rapport au bout de six mois. Le rapport s'éloigne de l'idée de la protection du régime public universel. On peut d'ailleurs affirmer qu'à ce titre, le rapport marque une rupture.

Les commissaires sont principalement issus du milieu des affaires et du milieu de la santé deux personnes représentent le secteur syndical et communautaire. Plus de 200 mémoires ont été déposés à la Commission Clair d'acteurs aussi variés que des individus ainsi que des regroupements professionnels, du milieu des affaires et du secteur privé de la santé, mais également l'Institut économique de Montréal dont les positions idéologiques néolibérales sont très marquées, l'Institut pour le partenariat public privé ainsi que la Coalition solidarité santé. Ces groupes participent pour la première ou la seconde fois à une commission ou un groupe de travail mais déjà leur poids se fait sentir. Il s'agit de nouveaux acteurs importants dont les opinions sont très campées et qui, pour les deux premiers, disposent de sommes importantes provenant du milieu des affaires. À ces acteurs s'ajoutent bien sûr les associations patronales, professionnelles et syndicales qui véhiculent toujours les mêmes positions face au système de santé, celle du maintien de la gratuité des soins, qui semble de plus en plus minoritaire et celle du recours plus important au secteur privé sous quelque forme que ce soit.

Les valeurs

Dans la foulée du rapport Arpin, le rapport intitulé *Les solutions émergentes*, le discours véhiculera les valeurs d'efficacité, d'efficience, d'équité, d'imputabilité, de performance, et de façon un peu plus nouvelle de la qualité.

Une organisation efficace et efficiente qui vise à la fois la qualité des soins et des services et l'excellence des résultats,

La **qualité**, l'**efficacité** et l'**efficience** des services sociaux passent par l'évaluation systématique des pratiques et des approches sociales de même que par une meilleure

L'**efficacité** et la productivité sont des conditions d'**équité** dans le système de santé.

Les normes

On pourrait affirmer encore une fois que le rapport de la commission s'inscrit dans la même perspective que celui de la commission Arpin et, dans une certaine mesure, même de la Commission Rochon. Les écarts identifiés sont ceux qui existent entre la bureaucratie traditionnelle et la gestion « moderne » de l'État la bureaucratie traditionnelle. La solution est évidemment celle de la nouvelle gestion publique avec un recours marqué à la responsabilité et à l'imputabilité. Le soin de santé est dorénavant pensé comme un service qui doit satisfaire la clientèle.

La Commission Clair propose donc « une approche plan d'affaire et de contrat de performance », et « une formule d'entente contractuelle précisant des résultats à atteindre, plutôt qu'un modèle axé sur des directives et des règlements ».

De plus, elle insiste sur le fait qu'

En confiant une telle tâche à une organisation plus civile que gouvernementale, l'ensemble des gestionnaires, locaux et régionaux, des professionnels de la santé et des travailleurs comprendraient vite le passage d'un paradigme de

gestion, dans un environnement gouvernemental et politique, à un paradigme entrepreneurial de management et de société civile.

La nouvelle gestion publique et la contractualisation sont donc au cœur des normes proposées par la Commission Clair. Seul le passage à une gestion axée sur la performance et la gestion par résultats peut régler les problèmes liés au financement et à l'organisation du système de santé.

Algorithmes

Les algorithmes de la commission sont évidemment associés à l'efficacité de l'utilisation des ressources.

Il faut se rappeler que si les ressources ne sont pas utilisées efficacement, cela veut dire que moins de ressources seront disponibles pour répondre aux besoins réels.

Suite au dépôt de son rapport, le commissaire Clair passera au groupe SEDNA, compagnie privé du domaine de la santé.

Le ministre de la Santé Philippe Couillard donnera suite à certaines recommandations de la commission Clair en 2003. Tout en imposant le principe de l'approche populationnelle, sa réforme sera clairement axée sur l'imposition de mesures de NGP. Par exemple, la création d'agence et le recours accru au PPP (Bourque, 2007).

Le rapport Ménard : L'affirmation du référentiel de marché

Jacques Ménard a été nommé en 2005 pour présider le comité de travail sur le système de santé. Président du groupe BMO, qui possède une filiale d'assurance privé. Le groupe est alors composé des grandes centrales syndicales, de gens du milieu des affaires et du milieu médical. Ménard mènera une consultation auprès de groupes similaires à ceux de la commission Clair.

On peut affirmer que le Rapport Ménard ne fait que réitérer les propositions faites quelques années plus tôt par Clair. La nouvelle gestion publique étant affichée comme l'ultime solution, la nouvelle norme à adopter.

« La qualité de la gestion du réseau, à tous les niveaux, et la rigueur qui prévaut dans la reddition de compte influence profondément la qualité et l'efficacité des soins. » « Une gestion serrée des ressources, une évaluation constante...ainsi qu'une saine évaluation des performances... » p.

Rapidement, les syndicats s'insurgeront contre la volonté de recourir de façon plus importante au secteur privé dans la santé et se retireront du groupe de travail. Ce phénomène montre que les idées des groupes qui refusent le recours au privé n'arrivent plus à imposer leurs idées.

ARRÊT CHAOULLI

L'Arrêt Chaoulli constitue un événement majeur dans l'histoire du système de santé québécois. La Cour suprême invalide alors dans son jugement de 2005 l'article de loi qui empêche le recours à une assurance privée. Le gouvernement Charest, avec le Ministre Couillard à la Santé, modifiera substantiellement la loi (Prémont, 2008).

La mise en contexte de l'idée que le secteur privé représente la solution aux problèmes montre que l'Arrêt Chaoulli a constitué un argument de poids pour le Parti libéral, qui aurait

probablement procédé à des changements similaires bien avant si l'opinion publique avait été plus favorable. On peut se demander si l'Arrêt Chaoulli, comme la Loi sur les mesures de guerres n'a pas été l'occasion de pousser en avant une réforme qui permettait le passage à un nouveau référentiel sectoriel ? Charest annonçait déjà ce type de réforme dans son discours inaugural de 2003.

Notre système a besoin d'une injection de bon sens et de pragmatisme. Nous allons l'administrer. Le réseau de la santé et des services sociaux s'ouvrira au partenariat avec les cliniques privées, par exemple... Le réseau s'ouvrira aussi sur la sous-traitance. Je refuse de voir notre système public de santé comme une chapelle qui proscrit toute relation avec le secteur privé comme s'il s'agissait là d'un sacrilège⁵.

Dans ce contexte, il est difficile d'évaluer l'impact de ce groupe de travail surtout que le gouvernement met aussitôt sur pied un nouveau groupe.

Le rapport du groupe de travail Castonguay : La consécration du référentiel de marché

Comme si le gouvernement n'en avait pas eu assez pour assurer la consécration du privé dans le domaine de la santé, il demandera à Castonguay, le père de l'assurance-maladie, de présider un groupe dont les membres sont Johanne Marcotte réalisatrice du documentaire l'Illusion tranquille qui remet en cause de façon très idéologiques l'État providence et Michel Venne Directeur de L'Institut du Nouveau Monde. Les groupes consultés sont les principaux groupes syndicaux ainsi que le Chantier de l'économie sociale, des experts du réseau de la santé provenant du secteur public et du secteur privé, le collège des médecins, la fondation André et Lucie Chagnon, les fédérations professionnelles, le groupe CIRANO. Également à noter, la participation de Michel Clair devenu président d'affaires du Groupe SEDNA. Le groupe acceptait également certains mémoires produits en grande partie par des chercheurs.

LE RAPPORT

Valeurs

Aux valeurs tel que l'équité, l'efficacité, l'imputabilité, la responsabilité, la productivité, la qualité présentent dans les rapports précédents, surtout depuis 1999, le rapport *En avoir pour son argent* ajoute celle de la liberté.

La **liberté** de choix est compatible avec un régime public accessible à tous. La liberté de choix d'une personne n'aura pas pour effet de limiter les droits et libertés des autres citoyens, si elle est bien encadrée. Au contraire, elle aura indirectement pour conséquence d'accroître l'offre globale de soins, et donc leur accessibilité.

En quatrième lieu, le système doit respecter un principe d'efficacité. Concrètement, cela signifie que les citoyens doivent en avoir pour leur argent. Il faut que le système produise des services de **qualité** en quantité suffisante afin de répondre aux besoins, et cela au meilleur coût possible.

L'**imputabilité** est le corollaire de la **responsabilité**, et doit s'appliquer en fonction de résultats. Le groupe de travail ne saurait trop insister sur l'importance de la **responsabilité** et de l'imputabilité à tous les niveaux.

⁵ Discours inaugural du premier ministre du Québec à l'Assemblée nationale, Québec. Premier Ministre (2003- : Charest), 2003.

Le nouveau contrat social doit s'appuyer sur un troisième principe, celui de l'équité. L'équité est comprise ici comme l'équilibre entre ce que chacun est en droit de s'attendre et ce qu'on est en droit d'attendre de chacun. Ainsi, si ceux qui ont une plus grande capacité de payer doivent contribuer davantage que ceux qui en ont moins les moyens, ces derniers ne peuvent pas non plus être entièrement dispensés de leur contribution – dans la mesure bien sûr où cette contribution est calibrée à la hauteur de leurs capacités.

Normes

La nouvelle norme proposée par le rapport Castonguay est assurément celle de la libéralisation du système de santé qui passe par l'adoption d'un nouveau contrat social. Qu'il soit question de la pratique médicale, de la liberté de choix du type d'assurance, on retrouve l'idée d'avoir un recours plus grand au libre marché et donc à la désolidarisation ou à la remarchandisation de la santé.

Afin d'améliorer l'accès aux soins, ces améliorations incluant un rôle accru du secteur privé dans le but d'en faire un allié du secteur public.

Le groupe de travail recommande qu'un médecin puisse être autorisé à exercer selon une pratique mixte...

On a déjà souligné que cette vision du rôle du secteur privé se situe aux antipodes d'un processus de privatisation. Pour le groupe de travail, le but est de reconnaître le secteur privé comme un allié du secteur public, en définissant de façon structurée la complémentarité qui en découle.

...la possibilité d'être financés simultanément par des fonds publics (Medicare et Medicaid) et des fonds privés (assurances privées). Il pourrait aussi en être ainsi des hôpitaux québécois.

Il est important de noter que Michel Venne s'opposera à la recommandation favorable à la mixité de la pratique des médecins. Encore une fois on constate que les tenants du régime public sont marginalisés.

Suite à la dernière transformation à la loi qui ouvre la porte à une privatisation beaucoup plus grande à l'assurance privée en juin 2008, le Ministre Couillard quitte la politique pour œuvrer dans le secteur privé de la santé.

Algorithmes

Si la bureaucratie et les jeux d'influence avaient pour conséquence une amélioration du système, il n'y aurait personne pour s'en plaindre. Mais ce n'est pas le cas. Le personnel est démotivé. Les médecins sont frustrés. Les patients attendent. Et tous ces problèmes aboutissent dans l'arène politique partisane au lieu d'être résolus par une gestion moderne et efficace.

Le système ne pourra pas évoluer si ces différents groupes d'intérêts n'acceptent pas de jeter du lest et de collaborer aux réformes essentielles. Les changements nécessaires ont d'autant plus de chances de réussir s'ils sont mis en œuvre avec l'apport, l'influence des acteurs en présences.

Jusqu'où doit aller cette solidarité? Quelles formes doit-elle prendre? Voilà les questions qu'il nous faut débattre publiquement. Si nous ne posons pas le problème de cette manière, nos débats se résumeront à des luttes de pouvoirs pour le contrôle du système.

Le groupe de travail est convaincu que ce changement s'impose, si l'on veut effectivement fixer des limites réalistes et équitables aux dépenses publiques de santé et assurer la pérennité de notre système de santé.

La liberté de choix d'une personne n'aura pas pour effet de limiter les droits et libertés des autres citoyens, si elle est bien encadrée. Au contraire, elle aura indirectement pour conséquence d'accroître l'offre globale de soins, et donc leur accessibilité.

Le nouveau référentiel du secteur de la santé : un référentiel mixte ?

L'étude des rapports et des mémoires des commissions parlementaires et des groupes de travail montre l'effritement progressif du référentiel sectoriel de la solidarité des risques. Peu à peu les mémoires et les rapports ont fait une place de plus en plus grande aux idées associées à la privatisation et à la nouvelle gestion publique mettant de côté la question de l'accès universel aux soins de santé. La proposition du nouveau contrat social de Castonguay 2008 établissant clairement les « sacrifices » à faire. Les médiateurs, porteurs de l'idée de privatisation, ont réussi à imposer leurs idées parce que le système était représenté comme étant en crise et de plus en plus en décalage avec les autres secteurs de l'intervention de l'État. Les autres acteurs se portant à défense du référentiel de la solidarité des risques ont été marginalisés, soit par leur retrait volontaire, soit par le fait qu'ils subissaient les attaques des autres groupes.

Enfin, on ne saurait définir le référentiel sectoriel de la santé comme étant pleinement un référentiel de marché tel que l'on retrouve aux États-Unis. Il est toutefois possible d'affirmer le passage à un référentiel mixte porté par des médiateurs souhaitant imposer une privatisation, du moins partielle du système de santé.