

Health Reform Observer - Observatoire des Réformes de Santé

VOLUME 2

| ISSUE 2 |

ARTICLE 1

Intégrer les soins de santé et les services sociaux du Québec : la réforme Couillard de 2003

Melanie BOURQUE, *Université du Québec, Montréal, Québec, Canada*
Amélie QUESNEL-VALLÉE, *McGill University, Montréal, Québec, Canada*

24 May 2014

A Provincial/Territorial Health Reform Analysis

RECOMMENDED CITATION: Bourque M, Quesnel-Vallée A. 2014. Intégrer les soins de santé et les services sociaux du Québec : la réforme Couillard de 2003. *Health Reform Observer - Observatoire des Réformes de Santé* 2 (2): Article 1. DOI: [dx.doi.org/10.13162/hro-ors.02.02.01](https://doi.org/10.13162/hro-ors.02.02.01)

Abstract

En décembre 2003, le gouvernement québécois sous la gouverne du parti Libéral de Jean Charest, adopte sous bâillon, le projet de loi 25. La Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux vise à réformer la structure du système de santé du Québec. L'idée principale de cette réforme est de créer des Centres de santé et de services sociaux (CSSS), qui, sous la responsabilité des Agences de santé et de services sociaux (ASSS), seront responsables de développer des soins de santé adaptés à la santé de la population des territoires qu'ils doivent couvrir. L'approche de la santé des populations proposée depuis la Commission Rochon est appliquée plus de 20 ans plus tard. Cette transformation se réalisera toutefois dans le contexte du plan de modernisation de l'État du gouvernement Charest qui vise alors la réduction de la taille et des dépenses de l'État. Ceci teintera la réforme du système de santé qui se verra imposer de manière plus marquée qu'auparavant des mesures issues de la nouvelle gestion publique telle que la gestion par résultats ainsi que la reddition de compte.

In December 2003, the Liberal Government of Quebec, under the leadership of Jean Charest, adopted Bill 25 under closure. This Bill, an Act respecting the development of local health and social services networks was aimed at reforming the structure of the health system in Quebec. The main idea driving the reform was to create Centres for Health and Social Services (CSSS), which, under the authority of regional Health and Social Service Agencies (ASSS), would provide direct health care services fitting the needs of the local population. This approach to public health had been proposed since the Rochon Commission, but was not implemented until more than twenty years later—a transformation that was to take place in the context of a strategy to modernize government services proposed by the Charest government with the goal of downsizing government intervention and cutting public budgets. This context has coloured the reform of the health system, the latter being under increasing pressure from demands of outcome-based management or accountability inspired by the new public management (NGP) approach.

Key Messages

- Plusieurs des changements mis en œuvre lors de la réforme de 2003 étaient proposés comme solution depuis plus de 20 ans.
- La réforme Couillard s'inscrit dans le plan de modernisation des structures étatiques du gouvernement Charest.
- L'introduction de davantage de mesures associées à la NGP a pu être réalisée grâce à la conjonction de la mise en place des ASSS, des CSSS et de l'approche populationnelle.

-
- *Many of the changes implemented during the 2003 reform had been proposed more than 20 years earlier.*
 - *The Couillard reform was part of a large administrative reform plan implemented by the Charest government.*
 - *The introduction of tools inspired by NGP was made possible by the implementation of ASSS, CSSS and a population health approach.*

ACKNOWLEDGEMENT: Nous tenons à remercier les évaluateurs pour la qualité de évaluation.

1 BRÈVE DESCRIPTION : LA RÉFORME COUILLARD

En 2003, le gouvernement du Québec restructure le réseau de la santé et des services sociaux. L'adoption du projet de loi 25, la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (C-21) transforme le système de façon significative : bien que ce dernier s'appuie toujours sur l'universalité et la prestation de soins selon les besoins, le gouvernement modifie la structure du réseau de la santé et des services sociaux.

Cette redéfinition de l'organisation du système passe dans un premier temps par la création de 15 *Agences de santé et de services sociaux*¹ (ASSS) dont la mission est de réorganiser le système et de s'assurer, entre autres, de la prestation de soins en fonction de l'état de santé de la population de territoires préalablement définis. Il y a donc délégation de la gestion du réseau à un tiers qui demeure toutefois sous un fort contrôle étatique par le biais de la reddition de compte qui prend la forme d'ententes de gestion entre les ASSS et le ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS). Les ASSS issues des anciennes Régies de la santé et des services sociaux se voient confier davantage de pouvoirs en matière de gestion. De plus, elles doivent dresser le portrait de santé de la population desservie, elles sont responsables de la production de données sociodémographiques, socio-sanitaires, socio-économiques, ainsi que sur l'utilisation des services. Le but est de construire un portrait des caractéristiques populationnelles, dont le statut socio-économique, les maladies les plus fréquemment diagnostiquées et les habitudes de vie. La deuxième étape vise la création de 95 Centres de santé et de services sociaux (CSSS), qui sont le produit de la fusion entre les CLSC (Centres locaux de services communautaires), les CHSLD (Centres hospitaliers de soins de longues durées) et les CH (Centres hospitaliers) et dont la mission est la création de zones de soins. Le projet a pour but d'assurer un continuum de services—un réseau intégré de services—en se concentrant sur le développement des services de première (services de médecine générale/ soins courants), de deuxième (médecine spécialisée) et de troisième (services ultraspecialisés : problèmes complexes et rares) lignes dans le but d'assurer la continuité des soins des usagers. Sur le terrain, la réforme se déploie sous la forme de réseaux locaux de santé (RLS) au centre desquels se trouvent les CSSS et autour desquels gravitent plusieurs ressources dont les groupes communautaires, les centres de réadaptations et les ressources privées.

2 HISTOIRE ET CONTEXTE

Depuis plus de 20 ans, la plupart des tribunes présentent le système de santé et des services sociaux du Québec comme une organisation souffrant de problèmes chroniques.

¹En plus des 15 agences, on retrouve également : la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, ainsi que le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James qui gèrent le système dans ces territoires.

En effet, le financement, les listes d'attentes et les urgences bondées sont autant de thèmes qui remettent en cause le fonctionnement du système depuis plus de 20 ans (Gaumer 2008). Entre 1985 et 2003, on compte au nombre de quatre les commissions d'enquête et groupes de travail qui ont été mis sur pied par les différents gouvernements pour trouver des solutions aux maux du système, en passant par la Commission d'enquête Rochon en 1985, jusqu'à la Commission d'étude Clair en 2001 (Bourque et Leruste 2010). C'est cette dernière qui aura, aux dires du gouvernement, inspiré le plus la réforme qui sera adoptée lors du premier mandat du Parti libéral des années 2000 sur la base d'une promesse électorale. Toutefois, les idées véhiculées dans les rapports depuis Rochon reposent sur la reconfiguration de la gestion du système de santé et des services sociaux. Outre les commissions ou groupes de travail, deux réformes ont été mises en œuvre dans les années 1990. La première, la réforme Côté de 1992 représente la première tentative de décentralisation des pouvoirs et de création de réseaux intégrés de services (Gaumer 2008). La seconde aura lieu sous le joug de l'atteinte du déficit budgétaire zéro. Le ministre de la Santé Rochon, du parti Québécois, implante alors le virage ambulatoire dont les principaux éléments sont la fermeture de lits et la mise à la retraite d'une part importante du personnel du réseau. Les résultats mitigés de ces deux modifications du système ont également conduit à la réforme subséquente de 2003. Enfin, au-delà des prétentions électoralistes, deux éléments semblent caractériser le contexte de l'adoption de la réforme Couillard de manière un peu plus marquée. Tout d'abord, elle s'inscrit dans le plan de modernisation proposé par le gouvernement Charest dont l'objectif principal est alors de réduire la taille et les dépenses étatiques. De plus, sous le prétexte de l'urgence, elle est adoptée sous bâillon² en même temps que deux autres projets de loi très controversés sur les principes de syndicalisation dans le réseau de la santé : le projet de loi 7 qui empêche l'accréditation syndicale de certains travailleurs ainsi que le projet de loi 30 qui vise la réduction du nombre d'accréditations syndicales dans le réseau de la santé et des services sociaux (Collombat 2005).

3 BUTS DE LA RÉFORME

3.1 Explicites

Les objectifs visés par le gouvernement pour justifier sa réforme sont nombreux. En tête de liste figure la capacité de livrer les soins dont la population a besoin et par les personnes les mieux placées, c'est-à-dire, les plus près d'elle (Rousseau et Cazale 2007). La réforme, selon le gouvernement, a également pour buts plusieurs éléments qui amélioreront le système de santé et de services sociaux dans son ensemble. En plus du désengorgement des urgences, l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins sont au cœur des cibles gouvernementales. L'accent mis sur le développement des soins de première et de deuxième lignes vise, en effet,

²Le « bâillon », qui est dans les faits une procédure législative d'exception, donne le droit au parti au pouvoir à l'Assemblée nationale du Québec de procéder plus rapidement à l'adoption d'un projet de loi en limitant les débats et en muselant ainsi l'opposition. On peut ainsi affirmer qu'il impose son projet de loi.

à atteindre ces cibles. De plus, de manière assez marquée, le gouvernement a également dans la mire l'amélioration de la gestion des soins de santé et des services sociaux. La centralisation des services de gestion au sein des CSSS qui suivra le démontre.

3.2 Implicites et inattendus

Le but implicite majeur est sans contredit la réduction des dépenses en matière de santé et de services sociaux. En intégrant le réseau, le gouvernement s'engage davantage dans la mise en place de principes inspirés de la nouvelle gestion publique tels que la gestion par résultats et la reddition de compte (Noreau 2008). De plus, même si au départ rien ne lie ces deux approches, l'adoption de l'approche de la santé des populations, provenant de l'épidémiologie, permet à la réforme d'aller de l'avant. La nature quantifiable de la santé des populations s'arrime de façon presque parfaite avec la gestion par résultats dont la prémisse est de fixer des objectifs et de les atteindre en termes quantitatifs. Enfin, même si cela est un effet inattendu de la réforme, la création des CSSS a engendré des nouveaux rapports de pouvoir entre les établissements. Les CSSS confèrent davantage de pouvoir au secteur sanitaire qui se retrouve dans des situations d'urgences plus grandes que dans les deux autres institutions que sont les CSSS et les CHSLD. En effet, les gestionnaires des hôpitaux doivent pallier des situations d'urgences qui les forcent par exemple à avoir recours à des agences privées pour l'embauche d'une infirmière qui doit être remplacée à la dernière minute ou à répondre à des urgences médicales coûteuses dans l'immédiat. Ceci a pour résultats de concentrer les sommes attribuées aux CSSS au sein des hôpitaux (Bolduc 2013). Bien qu'ils ne l'aient pas revendiqué et ne le souhaitent pas nécessairement, la fusion des établissements concentre donc le pouvoir en termes de financement et de prises de décisions aux mains des gestionnaires des hôpitaux. Par ailleurs, malgré le fait que secteur social comporte de nouveaux indicateurs dans les ententes de gestion, il s'agit d'indicateurs quantitatifs qui ne sont pas nécessairement adaptés à l'intervention sociale dont les résultats ne peuvent être mesurés uniquement au moyen de statistiques (Bellot et al. 2013).

4 LES FACTEURS ET LES ACTEURS QUI ONT INFLUENCÉ LA RÉFORME

4.1 Les courants

Plusieurs facteurs ont influencé le fait que la réforme soit mise à l'agenda et devienne le projet de loi 25. Si l'on reprend les concepts de courants dans la théorie de Kingdon (2003), on peut affirmer que les problèmes du système de santé et des services sociaux, de même que les solutions prioritaires, sont reconnus par les gouvernements successifs depuis

la Commission d'enquête Rochon en 1985. Toutefois, les éléments qui ont le plus contribué à la création d'une fenêtre d'opportunité sont assez nombreux :

1. Sur le plan du courant des problèmes, on peut souligner les difficultés soulevées par les différentes commissions d'enquête et les groupes de travail (Bourque et Leruste 2010), ainsi que les résultats mitigés des deux réformes des années 1990.
2. Sur les plan des idées, plusieurs facteurs entrent en jeu et donnent une impulsion aux changements : l'intégration des services de santé et l'accent mis sur le développement de soins intégrés de la première à la troisième ligne représentent des solutions proposées par les commissions d'étude depuis Rochon de 1989 jusqu'à Clair de 2001 de même que Romanow de 2002. De plus, le fait que la plupart des pays développés procédaient à une intégration des soins de santé a contribué à l'adoption de la réforme.
3. Sur le plan politique l'élection récente du gouvernement et sa promesse de réformer le système de santé et la volonté du gouvernement d'imposer de nouvelles normes de gestions (Rouillard et al. 2008); la présence d'un nouveau ministre de la Santé, Philippe Couillard, sur lequel reposent beaucoup d'attentes (*Le Devoir* 30 avril 2003); le fait que le gouvernement tente de se faire du capital politique en mettant en œuvre une réforme réclamée par la population.

On peut également affirmer que l'entente sur la santé avec le gouvernement fédéral de 2003, menée par le premier Ministre du Québec, qui a rendu possible la création d'un fond spécifique aux réformes des soins de premières lignes s'est ajoutée aux autres facteurs³. Toujours sur le plan des facteurs politiques, les acteurs de la réforme se positionnent également pour revendiquer des changements. Les associations patronales dont la Chambre de commerce du Québec (CCQ) et le Conseil du patronat du Québec (CPQ) réclament depuis plusieurs années une telle réforme qui transformerait la gestion du système de santé pour la rendre plus efficace (Bourque et Leruste 2010). Bien que le groupe ne soit pas homogène, les médecins, par le biais de leurs organisations professionnelles (FMSQ, FMOQ), même s'ils émettent certaines réserves, sont plutôt en faveur de la réforme. Quant aux directeurs d'établissements, ils se positionnent en faveur de la mise en place de l'approche populationnelle à laquelle ils croient (Bolduc 2013). Par contre, dans le contexte de la réduction des accréditations syndicales (projet de loi 30) les syndicats s'opposent à la réforme et, plus particulièrement, à la fusion des établissements. Dans la même veine, les CLSC s'opposent à la réforme car ils y voient une perte de pouvoir par rapport aux autres établissements (*Le Devoir* 16 décembre 2003).

4.2 Comment la réforme a-t-elle été mise en place?

Sur le plan des instruments de politiques publiques, les transformations sont, en premier lieu, structurelles. Ainsi, la création des ASSS ainsi que les pouvoirs qui leur sont attribués et la fusion des CLSC, CHSLD et les hôpitaux par la création des CSSS ont transformé les structures. En second lieu, cette transformation institutionnelle permet l'établissement

³<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/index-fra.php>

de l'approche populationnelle et passe essentiellement par l'obligation pour les CSSS de produire un projet clinique qui vise une adéquation des services et de l'état de santé de la population couverte.

Sur le plan législatif, la réforme se déroule en trois temps. Les éléments étaient toutefois tous présents dans le plan initial de 2003 du gouvernement Charest.

- 2003 : Loi C- 21; la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux permet la création des ASSS.
- 2004 : Création des CSSS par la fusion des établissements
- 2005 : Loi C-32; la Loi modifiant la loi sur la santé et les services sociaux qui définit le rôle des agences et des CSSS et confère davantage de pouvoir aux ASSS dont les rôles centraux seront la coordination du financement, de ressources humaines et également des services spécialisés (Richard et al. 2007). Les CSSS ont dorénavant la responsabilité populationnelle sur leur territoire, alors que les ASSS et le MSSS sont liés par des ententes de gestion qui attribuent entre autres aux agences les mandats suivant : offre de services, modalités de partenariats, suivi de la reddition de compte. Et enfin, l'obligation de produire un projet clinique pour les CSSS ainsi que la restructuration des services en 9 programmes clientèles.

5 ÉVALUATION

Il n'y a pas eu d'évaluation globale de la réforme de la part du gouvernement. La restructuration s'est déroulée sur plusieurs années et on peut aujourd'hui en effectuer le bilan, qui demeure mitigé. Certains éléments sont retenus comme étant positifs, tels que l'application d'une approche qui permette de mettre l'accent sur la prévention et la santé publique ou le développement de soins en fonction de l'état de santé des patients sur un territoire donné.

Toutefois, plusieurs critiques ont été émises. Les Agences ainsi que les CSSS et les réseaux locaux de services ont été mis en œuvre parfois avec certaines difficultés. La transformation organisationnelle a d'abord complexifié les rapports entre les différents établissements. En effet, les fusions ont bousculé les équipes qui devaient dorénavant travailler avec celles des autres établissements d'un même territoire. Les ASSS ont été et sont toujours contestées, entre autres, parce qu'elles ont entraîné un alourdissement administratif et le phénomène est encore plus marqué si l'on prend en considération le fait que les professionnels du réseau doivent constamment rendre des comptes en termes statistiques et par le fait même faire moins d'intervention et plus de gestion de cas (Bourque et al. 2011). Ainsi, malgré le fait que l'on ait annoncé une réforme centrée sur le patient en axant sur le développement des soins de première et de deuxième lignes, on constate que la réforme visait davantage la structure du réseau que les soins (Bolduc 2013). Elle visait donc moins une amélioration des soins que l'application de principes de gestion technocratique. À ceci s'ajoute le fait que la création des RLS a engendré des nouvelles relations, parfois conflictuelles, avec les groupes communautaires (Bourque et al. 2011). Enfin, la réforme n'aura

pas tenu certaines de ses promesses : de nombreux Québécois n'ont toujours pas accès à un médecin de famille, les urgences sont toujours engorgées et peu de solutions semblent être envisagées dans un avenir proche (Gladu 2008). Enfin, avec l'élection du parti Libéral du Québec le 7 avril 2014 à la tête duquel on trouve le maître d'œuvre de la loi C-21, Philippe Couillard, on peut penser que le gouvernement poursuivra dans le sens de la réforme de 2003 en poussant plus loin les nouvelles méthodes de gestion pour restreindre les dépenses. L'attribution des budgets aux établissements en fonction du nombre de patients pris en charge, une des solutions annoncées lors de la campagne électorale, semble le confirmer. On peut également envisager une augmentation du recours au secteur privé, dans lequel le premier Ministre a œuvré avant son retour en politique.

6 ANALYSE SWOT (FFOM)

Le tableau 1 – Analyse SWOT (FFOM)

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> • Développer des soins en fonction de la santé des populations. Les RLS permettent de créer des liens avec la communauté • Établir des parcours de soins pour assurer le suivi des patients 	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvoir du sanitaire vs le social • Cadres plus éloignés du terrain • Conditions de travail des gestionnaires et des intervenants plus difficiles parce que sujettes à plus de pression liée à la reddition de compte et la gestion par résultats • Moins d'interventions sociales au profit de la gestion de cas • Compétition entre les établissements au sein des CSSS pour des ressources limitées, ce qui nuit aux différents services d'une même institution
OPPORTUNITÉS	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> • Créer une nouvelle dynamique • Création de la continuité des soins entre les 1^{ère}, 2^{ème} et 3^e lignes. • Développement du travail interdisciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Donner trop de pouvoir à l'hôpital vs les autres institutions CHSLD, CLSC, ce qui, à terme, affecte négativement les autres types de services

7 RÉFÉRENCES

- Bellot C. et al. 2013. *Le travail social et la nouvelle gestion publique*. Québec : PUL.
- Bolduc F. 2013. Impact de la réforme du système de santé et des services sociaux (2003) sur la représentation qu'on les gestionnaires de leur travail. Thèse de doctorat. Département de sociologie. Université de Montréal.
- Bourque M, Leruste G. 2010. La transformation des idées sur la privatisation du système de santé québécois depuis 1980 : le passage à un nouveau référentiel sectoriel? *Politique et sociétés* 29 (3) : 105-129.
- Bourque D. et al. 2011. Les effets de la création des CSSS sur les pratiques partenariales, psychosociales et communautaires. Cahiers du LARREPS.
- Collombat T. 2005. Des syndicats ébranlés *L'Annuaire du Québec 2006*, édité par Venne M. et Robitaille A. Montreal, Canada : Fides, 249-260.
- Gaumer B. 2008. *Le système de santé et des services sociaux au Québec*. Québec : PUL.
- Gladu F-P. 2008. Six ans après la réforme. Santé Inc., septembre/octobre. <http://www.santeinc.com/file/sept08-03.pdf>
- Kingdon JW. 2003. *Agendas, alternatives, and public policies*. 2nd ed. New York: Addison-Wesley Educational Publishers.
- Le Devoir*. Nommé au poste de ministre de la Santé, Couillard est bien reçu, 30 avril 2003. <http://media2.ledevoir.com/politique/quebec/26590/nomme-au-poste-de-ministre-de-la-sante-couillard-est-bien-recu-medskip>
- Le Devoir*. Projets de loi controversés—le bâillon au nom de l'urgence, 16 décembre 2003. <http://www.ledevoir.com/non-classe/43039/projets-de-loi-controverses-le-baillon-au-nom-de-l-urgence>
- Noreau P. 2008. Action publique et gouvernance contractuelle : Le cas des politiques de la santé au Québec. Dans *Les réformes en santé et en justice : le droit et la gouvernance*, édité par Laborier P, Noreau P, Rioux M et Rocher G. Québec : PUL.
- Richard M-C. et al. 2007. La fusion des établissements de santé et des services sociaux *Nouvelles pratiques sociales* 20 (1) : 151-164.
- Rouillard et al. 2008. *De la réingénierie à la modernisation de l'État québécois*, Québec: Les Presses de l'Université Laval, Collection l'espace public.
- Rousseau L, Cazale L. 2007. Réforme ou évolution? Enjeux et opinions sur la régulation et la transformation. Dans *Le système socio-sanitaire au Québec*, édité par Fleury et al. Montréal : Gaétan Morin.