

Février 2014

Note socio-économique

La gouvernance en santé au Québec

Un système de santé est une organisation complexe, tant au niveau de sa structure que des théories et concepts sur lesquels elle repose. C'est d'autant plus vrai au Québec en raison du caractère particulier du «réseau de la santé et des services sociaux» hérité de la Révolution tranquille, ainsi que des avancées sociales réalisées au Canada en la matière. La prépondérance du secteur public dans le domaine de la santé est une de ses valeurs structurantes, mais elle est de plus en plus mise à mal par diverses réformes visant à y imposer une gouvernance de type entrepreneurial.

Cette note socio-économique s'attardera à définir, en premier lieu, la nouvelle forme de gestion qui s'impose progressivement dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Nous étudierons la façon dont cette approche se démarque des principes mis de l'avant lors des principaux débats sur l'enjeu de la santé au Québec tenus au cours de la deuxième moitié du XX^e siècle¹. Cette rétrospective mettra en relief les éléments-clés de l'évolution du réseau de la santé et des services sociaux et l'influence que le secteur privé a acquise au cœur du système. Cette tendance ne se limite pas à des privatisations directes de services, mais comprend également l'introduction d'une gouvernance de type entrepreneurial au sein des structures publiques. Enfin, notre analyse évoquera certains impacts de cette dynamique, notamment sur les effectifs du réseau et sur la configuration du contrôle étatique.

La gouvernance : cheval de Troie de la privatisation

Les réformes successives de la «gouvernance» du réseau de la santé et des services sociaux partagent un trait caractéristique,

soit celui de privilégier les solutions dites «basées sur le marché». Ce préjugé favorable aux solutions inspirées du secteur privé n'est certes pas unique au domaine de la santé², puisqu'on observe une telle réorganisation des pratiques dans plusieurs secteurs du domaine public. Il implique une transformation du rôle de l'État au bénéfice d'intérêts économiques particuliers, et donc en opposition à la culture de «service public». Ces réformes s'inscrivent dans le contexte du néolibéralisme, soit «l'ensemble des discours, des pratiques, des dispositifs qui déterminent un nouveau mode de gouvernement des hommes selon le principe universel de la concurrence»³.

Le nouveau souci de gouvernance participe de ce mouvement de privatisation directe et indirecte. En calquant le mode d'organisation entrepreneurial, par exemple en suscitant la compétition entre des établissements hospitaliers, l'approche de la gouvernance facilite l'introduction de réformes néolibérales inspirées du secteur privé au sein de la sphère publique. On voit aujourd'hui ce concept de gouvernance devenir un véritable mantra en matière de politiques publiques⁴.

La gouvernance des États emprunte à celle de l'entreprise un caractère majeur. De la même façon que les managers de l'entreprise ont été placés sous la surveillance des actionnaires dans le cadre de la *corporate governance* à dominante financière, les dirigeants des États ont été pour les mêmes raisons mis sous le contrôle de la communauté financière internationale, d'organismes d'expertise, d'agences de notation. L'homogénéité des modes de pensée, l'identité des instruments d'évaluation et de validation des politiques publiques, les audits et les rapports de consultants, tout indique que la nouvelle manière de réfléchir l'action gouvernementale a largement emprunté à la logique managériale régnant dans les grands groupes multinationaux⁵.

Pour justifier cette mutation, certains mettent davantage l'accent sur l'individualisme contemporain venant déloger l'État comme acteur unique de la régulation sociale :

[L]a gouvernance actuelle correspond ainsi à une approche pluraliste et interactive de l'action gouvernementale, l'accent étant mis sur la complexité des problèmes et l'existence de pouvoirs multiples qu'il s'agit de coordonner en obtenant leur coopération. L'État est amené à partager son pouvoir avec le marché ou le secteur privé et la société civile, comprenant le tiers secteur ou l'économie sociale⁶.

Ainsi, en régime de gouvernance, l'État est considéré comme une organisation parmi d'autres, un énième membre d'une constellation d'acteurs intéressés par les politiques sociales. Ces divers agents sont dépeints comme autant de «partenaires» potentiels qui s'entendront de temps à autre sur les termes d'un contrat servant à répondre aux besoins d'une «clientèle». Cette clientèle devra elle-même manifester ses préférences à travers des «choix de consommation», que le système devra être en

mesure de capter à l'aide de différents indicateurs (par exemple, le choix d'un hôpital plutôt qu'un autre).

De plus, en vertu du principe selon lequel une intervention publique entraverait l'efficacité, la performance et la fluidité des processus, le recours à la notion même de gouvernance tend à effacer le volet plus proprement politique des choix de structuration du système socio-sanitaire. Dès lors, les populations se voient « confisquer les termes usités et sensés de la vie politique, tels que politique, citoyenneté, peuple ou souveraineté, au profit d'un jargon managérial (gouvernance, partenariats, parties prenantes, acceptabilité sociale...) »⁷. Il s'agit d'un renversement des objectifs initiaux du système qui comptait bien davantage sur l'implication citoyenne dans l'administration des établissements de santé et services sociaux.

La gouvernance entrepreneuriale fait ainsi sentir son influence partout dans le réseau, même si l'utilisation de ce vocable est très récente dans l'histoire sociosanitaire québécoise. De fait, le mot n'existe pas dans les documents du début des années 2000 du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Elle est absente du rapport annuel 2000-2001 du MSSS, ou de celui de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) la même année. En 2010-2011, par contre, le rapport annuel du MSSS (devenu un rapport annuel de « gestion ») évoque 11 fois la gouvernance. En 2012-2013, la même publication ministérielle y fait référence 17 fois tandis que la RAMQ l'invoque 51 fois⁸. C'est dire à quel point ce paradigme s'est imposé durant les années 2000, époque d'une progression décomplexée des idées néolibérales au Québec.

MSSS : Une évolution à tâtons

CONSTRUCTION D'UN SYSTÈME « STRUCTURO-FONCTIONNALISTE » (1970)

C'est en 1948, durant l'après-guerre, que le gouvernement Duplessis adhère à contrecœur à un programme de subventions fédérales⁹ qui permettra de bâtir plusieurs établissements hospitaliers au Québec. De 1941 à 1961, on voit doubler le nombre d'hôpitaux (275) et de lits (29 700)¹⁰. Mais bien que les établissements se multiplient, un véritable système ou réseau de la santé fait toujours défaut.

En 1960, sous l'influence du rapport Marsch qui prône la prise en charge de missions sociales d'envergure par l'État et sous la pression de mouvements sociaux, notamment de ceux de l'Ouest canadien qui luttent pour une étatisation des services de santé, le gouvernement fédéral se résout à lancer un régime d'assurance-hospitalisation, suivi quelques années plus tard par un régime d'assurance maladie. Québec rejette ces nouvelles intrusions dans l'un de ses champs de compétence, mais comprend que la conjoncture politique de l'époque influencera tôt ou tard ses politiques de santé. Le gouvernement québécois confie alors à Claude Castonguay¹¹ le soin de mener des consultations sur l'avenir des politiques sociales

dans la société québécoise. Il s'agit de maintenir une approche qui soit propre aux particularismes du Québec, ce qui se produira effectivement avec l'adoption d'une approche associant « santé et services sociaux »¹².

Après cinq ans de consultation, le rapport Castonguay-Nepveu propose :

une politique globale de développement social, basée sur une conception d'ensemble des services sociaux, des services de santé et de sécurité du revenu. L'organisation du système de santé est conçue selon une approche systémique, en sous-systèmes de production de soins et de régulation technocratique. L'idée est de mettre en place un système planifié, coordonné et intégré relativement aux établissements, aux programmes et à la distribution des soins¹³.

À la suite de ce rapport, l'Assemblée nationale adopte en 1971 la première Loi sur les services de santé et les services sociaux (L4S). Celle-ci crée un réseau au sommet duquel on trouve un ministère des « Affaires sociales », conformément à la vision globale que promeut le rapport. Ce ministère prend en charge à la fois les politiques de santé et de services sociaux, mais aussi de sécurité du revenu. La mise en œuvre de la L4S entraînera des critiques, notamment en ce qui a trait à un fonctionnement excessivement fragmenté des différentes composantes du système de santé, c'est-à-dire une compartimentation des différentes activités et une collaboration insuffisante. Il n'en demeure pas moins que le ministère des Affaires sociales de l'époque est le reflet de son temps, celui où la planification de la réponse aux problèmes sociaux relevait de l'appareil d'État et du fonctionnariat public.

Un an plus tôt, l'adoption de la Loi sur l'assurance-maladie avait pourvu l'ensemble des Québécois-es d'un accès universel aux soins de santé, du moins à ceux définis comme « médicalement nécessaires ». C'est en optant pour son financement par le biais des impôts que le gouvernement rend possible cette universalité, et c'est cette logique que tendent par la suite à renverser les gouvernements lorsqu'ils préconiseront désormais le principe de « l'utilisateur-payeur » : les services fournis aux usagers deviennent fonction de la capacité de payer de chacun-e, et la portée redistributive de l'impôt est perdue.

Le MSSS lui-même décrit cette transformation au fil des ans. À propos de la « Politique de la santé et du bien-être » adoptée au milieu des années 1990 et devant désormais établir des « objectifs précis », il explique qu'elle « substitue à l'obligation de se doter de moyens, c'est-à-dire offrir des services de qualité, accessibles et continus – obligation qui a traditionnellement guidé l'organisation et le fonctionnement du système –, celle d'obtenir des résultats en ce qui concerne la santé et le bien-être de la population ». Cette nouvelle politique tend à remplacer « l'universalité de l'accès » par « l'équité au regard de l'accès aux services de santé »¹⁴. Les valeurs qui précèdent cette transformation sont distinctes de celles qui accompagnent dorénavant les prescriptions contemporaines de bonne gouvernance,

davantage axées sur la « performance » et les signaux que transmet une clientèle (au lieu des patients) par ses choix de consommation.

RÉFORMES ET TÂTONNEMENTS (1980-1990)

Le système sociosanitaire plus centralisé mis en place au début des années 1970 n'excluait pas le développement de paliers régionaux ou locaux. L'un des principaux volets de sa stratégie de déploiement prévoyait une décentralisation, qui s'est souvent avérée n'être qu'une déconcentration : les points d'accès se multiplient, mais le pouvoir demeure centralisé. L'expérience la plus ambitieuse découlant du rapport Castonguay-Nepveu était sans doute celle des Centres locaux de services communautaires (CLSC), qui devaient servir de « première ligne » du réseau et être le fer de lance d'une approche globale de la santé, incluant la prévention et l'action communautaire face aux déterminants de la santé.

L'expérience des CLSC a généralement échoué ; c'est un des tâtonnements de l'époque. Lorsqu'ils ont été mis en place, les CLSC côtoyaient et ont éventuellement absorbé d'autres composantes locales du réseau, telles les « unités sanitaires ». Mais, de façon générale, les médecins n'ont pas souhaité prendre part à l'expérience des CLSC, préférant œuvrer dans leurs propres cabinets, en marge du réseau. Plus tard, les groupes de médecine familiale (GMF) viendront également doubler les CLSC à titre de « première ligne » du réseau. Les CLSC seront finalement fusionnés à d'autres établissements lors de la réforme Couillard de 2003.

La régionalisation aura été une autre grande ambition du MSSS au fil des ans. Le rapport Castonguay-Nepveu ne prévoyait à l'origine que trois « Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) », mais le gouvernement opta plutôt pour en installer dans chacune des régions administratives du Québec. Lors du premier bilan du système créé à la suite du rapport Castonguay-Nepveu, la commission Rochon, dans les années 1980, constate les nombreux écueils affligeant les CRSSS et recommande une véritable décentralisation des pouvoirs vers les régions et une meilleure représentation de la population, pour tenir tête aux « groupes d'intérêts » logés au sein du système. Les CRSSS sont rebaptisés « Régies régionales de la santé et des services sociaux », mais le partage des pouvoirs ne réussit guère mieux. Selon la loi de 1991, ces régies se doivent « de planifier, d'organiser, de mettre en œuvre et d'évaluer, dans la région, les programmes de santé et de services sociaux élaborés par le Ministre¹⁵ ».

Dix ans plus tard, en même temps que sont constitués les CSSS, les régies sont transformées en « Agences de la santé et des services sociaux (ASSS) ». Devant ce nouvel essai de faire fonctionner le palier régional contesté, plusieurs intervenants en viennent à réclamer désormais leur abolition ou une réduction importante de leur nombre¹⁶.

En instituant des entités dites autonomes comme ces agences au sein du secteur public, l'objectif est une fois de plus de calquer le management privé. En effet, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) associe l'adoption du modèle des agences publiques aux « nouvelles formes de management du secteur public et de la notion de "compétition gérée"¹⁷ ».

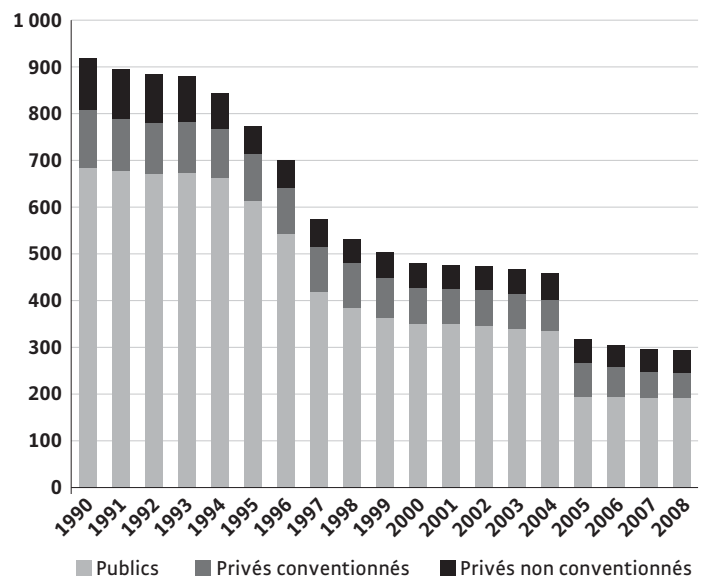
En 2000, le rapport Clair donne le ton de la décennie qui s'amorce. Il prétend rompre avec l'approche plus étatique des rapports Castonguay-Nepveu et Rochon. La référence au privé est directe et le rapport est axé sur « la mesure de la performance, les ententes contractuelles et la reconnaissance de l'importance du concept qui veut que "l'argent suive le client"¹⁸ ».

La régulation esquissée par la commission Clair est en rupture avec le modèle global et technocratique qui guidait les gouvernements du Québec depuis 1971 dans le secteur de la santé. La distinction entre régulation politique (les objectifs et les choix sociaux) et régulation administrative (les mécanismes de gestion), de même que la conception managériale de cette régulation administrative, paraissent nécessaires pour prendre en compte le pluralisme des valeurs, les nouvelles réalités sociales et culturelles, la contribution du secteur privé et les exigences d'une imputabilité régionale et locale¹⁹.

LA RÉINGÉNÉRIE OU LA FIN DES COMPLEXES (2000)

La réingénierie de l'État survient dès le début de l'ère Charest, et elle marque une nouvelle tentative de rupture avec le passé. Le privé deviendra plus visible en raison des partenariats public-privé et des brèches au régime public d'assurance maladie, mais l'appareil étatique lui-même conservera l'essentiel de

GRAPHIQUE 1 Nombre d'établissements dans le réseau sociosanitaire québécois, selon qu'ils assument une mission unique ou une mission multiple, de 1990-2008



Source : Marc-André ST-PIERRE, *Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec*, MSSS, avril 2009, p. 64.

sa stature, tout en se mettant de plus en plus au service de la concurrence. Les partisans du secteur privé en santé se font d'ailleurs entendre à cette époque beaucoup plus vigoureusement que par le passé. Monique Jérôme-Forget, une partisane reconnue des « marchés internes²⁰ » et du modèle britannique de privatisation, devient présidente du Conseil du Trésor dans le cabinet de Jean Charest avant d'être nommée en 2007 ministre des Finances.

Pour le réseau de la santé et des services sociaux, la réingénierie de l'État consiste d'abord à fusionner des établissements de façon à en simplifier l'administration. Cette approche accélère une tendance lourde amorcée lors du virage ambulatoire²¹ (voir graphique 1). Le gouvernement mène simultanément une charge contre les organisations de travailleuses et de travailleurs en balisant et en restreignant les accréditations syndicales au sein des établissements²².

Les conseils d'administration (CA) des établissements de santé font également partie des instances où s'observe la progression de la gouvernance de type entrepreneurial²³. Le nombre d'administrateurs siégeant à ces CA fluctue au fil de ces réformes²⁴, parfois à la hausse et parfois à la baisse. Ultimement, les réformes des années 2000, et notamment le projet de loi 127 qui amende la L4S en 2011²⁵, auront diminué le nombre de représentant·e·s de la population (de 4 à 2) et du personnel interne (de 6 à 4) afin de les remplacer par des membres dits indépendants (2 à 6). Avec cette réforme, le gouvernement se rendait à l'un des souhaits exprimés par l'Institut pour la gouvernance d'organisations privées et publiques (IGOPP), celui d'augmenter le nombre d'administrateurs et administratrices indépendant·e·s coopté·e·s²⁶. L'idéologie entrepreneuriale présente ces indépendant·e·s comme mieux en mesure d'administrer l'institution parce que n'étant pas en « conflit d'intérêts », comme le seraient les gens issus de l'interne (médecins, infirmières, personnel...) ²⁷. Il s'agit bien entendu d'une vision diamétralement opposée à celle des principes autogestionnaires selon lesquels, à l'inverse, les employé·e·s seraient les mieux habilité·e·s à évaluer les besoins de leur organisation.

La contractualisation accrue est un autre phénomène qui accompagne la progression de la gouvernance entrepreneuriale. Alors que l'OMS voit dans la « formalisation d'arrangements contractuels entre des acteurs qui s'obligent mutuellement²⁸ » un passage obligé permettant de surmonter les insuffisances éventuelles de la concertation, d'autres observent plus finement les processus politiques sous-jacents à l'œuvre :

On distingue et confie à des acteurs séparés les fonctions de la prestation des soins, de l'achat de services de santé, de la gestion de soins et des institutions, de la régulation des systèmes et du financement des soins. Le contrat devient l'outil privilégié pour rétablir les liens entre ces acteurs dispersés et inclure la société par action[s] de droit privé au cœur du financement et de la prestation des services publics de santé²⁹.

Du côté des services sociaux, l'évolution des pratiques du secteur communautaire québécois est également révélatrice de la progression de la gouvernance entrepreneuriale. Malgré leur défense d'une posture de co-construction – qui s'est traduite par divers gains légaux ou financiers –, les organismes communautaires sont de plus en plus placés dans une posture de sous-traitance. Dès le milieu des années 1990, tant les syndicats du secteur public que les organismes communautaires eux-mêmes craignent un démantèlement des services publics qui procéderait notamment par le déversement de responsabilités supplémentaires à des organismes communautaires aux moyens plus restreints et à la main-d'œuvre plus précarisée³⁰.

Un exemple de cette dynamique dans le secteur communautaire est celui des soins à domicile. Les organismes de type « entreprises d'économie sociale en aide domestique (EESAD) » sont au cœur de la stratégie de l'actuel ministre de la Santé et des Services sociaux Réjean Hébert pour la mise en place d'un nouveau système de protection sociale, l'assurance autonomie. Bien que les détails du fonctionnement de cette mesure devant permettre le financement de soins à domicile ne soient pas tous connus et que le dépôt d'un projet de loi ait été reporté en regard du calendrier initial, le gouvernement a déjà annoncé dans un livre blanc que les services d'assistance aux « activités de la vie quotidienne (AVQ) » seraient offerts par les EESAD, avec possibilité de tarification, alors qu'ils étaient auparavant gratuits et livrés par les CLSC³¹.

En somme, le réseau de la santé a été soumis à de fréquentes réformes depuis sa création au début des années 1970. S'il fut d'abord érigé avec un fort ancrage dans le secteur public, la tendance récente vise plutôt à instaurer une gouvernance de type entrepreneurial qui procède par privatisation directe et indirecte.

Les manifestations de la gouvernance entrepreneuriale en santé

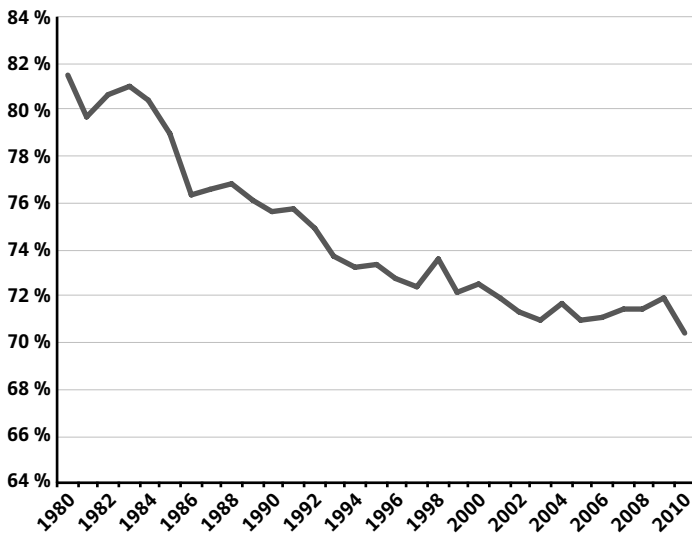
L'importance grandissante accordée au secteur privé en santé va au-delà d'une emphase rhétorique. Cette présence s'observe au chapitre du financement de la santé, de la prestation des services et du mode de gestion. Il est utile de rappeler que 30 % des dépenses de santé sont privées, donc assumées soit par un assureur privé ou directement par le patient ou la patiente. Comme l'indique le tableau 1, la part des dépenses publiques est légèrement plus faible au Québec et au Canada que dans la moyenne des États de l'OCDE³². Qui plus est, la part du secteur public dans les dépenses de santé au Québec a diminué de 10 % en 30 ans, comme le montre le graphique 2.

Dans cette section, nous verrons comment l'État agit pour faciliter le développement du secteur privé en santé, mais aussi comment il intègre le fonctionnement du privé au cœur même d'institutions qui demeurent publiques.

TABEAU 1 Part du secteur public dans les dépenses de santé (OCDE)

	1990	1995	2000	2005	2010
Allemagne	76,2	81,4	79,5	76,6	76,7
Canada	74,5	71,2	70,4	70,2	70,8
Québec	75,7	73,4	72,5	71,0	70,4
États-Unis	39,4	45,1	43,0	44,2	47,6
France	76,6	79,7	79,4	77,7	76,9
Grande-Bretagne	83,6	83,9	79,1	80,9	83,5
OCDE (moy.) (2011)			72,2		

Source : Institut canadien d'informations sur la santé (ICIS), *Tendances des dépenses nationales de santé, de 1975 à 2013, et OCDE Health Data 2013*. Calculs de l'auteur.

GRAPHIQUE 2 Part du secteur public dans les dépenses de santé (Québec), de 1980 à 2010

Source : ICIS. Calculs de l'auteur.

L'ÉTAT-FACILITATEUR

Le néolibéralisme est associé à la privatisation de services offerts par l'État. Dans ce processus, l'État n'est pas passif. Au contraire, l'État néolibéral favorise activement le développement de l'entreprise privée et la croissance de certains marchés.

En santé, la mouvance favorable à un élargissement de la place du privé a connu une impulsion importante à la suite du dénouement de l'affaire Chaoulli-Zéliotis à la Cour suprême en 2005. Tout au long de cette affaire, le D^r Jacques Chaoulli a fait valoir que l'interdiction d'une assurance privée duplicative portait atteinte aux droits garantis par la *Charte canadienne des*

droits et libertés. En donnant raison aux plaignants³³ par cinq voix contre quatre, la Cour suprême a cassé les décisions précédentes de la Cour supérieure du Québec et de la Cour d'appel du Québec. Le gouvernement québécois a alors entrepris de permettre le financement privé de certains types de chirurgies (genoux, hanches, cataractes). Après une phase initiale, la liste des chirurgies admissibles à l'assurance privée est passée à plus d'une cinquantaine³⁴. Ce financement privé duplicatif de services assurés par le régime public est un précédent qui pourrait nourrir une telle tendance dans le reste du Canada³⁵.

L'arrêt Chaoulli a favorisé l'apparition d'une prestation dite «privée-privée», telle que celle pratiquée dans les Centres médicaux spécialisés (CMS), où tant le financement que la prestation des actes médicaux sont privés, même s'il s'agit de services assurés par le régime public. Dans un cabinet de médecin traditionnel, depuis 1970, la pratique est privée mais le médecin doit être entièrement payé par la RAMQ. Un médecin peut se désengager du régime public, mais il ne peut évoluer simultanément en fonction des deux statuts et être payé à la fois par le public et le privé. Comme le marché privé de la santé est restreint, peu de médecins se sont désengagés du système public jusqu'à maintenant, même si cette tendance est à la hausse. Lorsqu'il favorise l'assurance duplicative et l'émergence des CMS (en leur offrant par exemple un volume de chirurgies à réaliser³⁶), l'État contribue au développement d'un marché privé de la santé.

Dans un autre dossier, celui des partenariats public-privé (PPP), l'État a offert un appui direct au développement du secteur privé. C'est durant les années 2000 que sont apparus les PPP en santé pour la construction d'établissements de santé au Québec. Si les cas des centres hospitaliers universitaires de Montréal (CHUM et CUSM) sont les plus connus, la formule a également été utilisée pour la construction et la gestion de Centres hospitaliers de soins de longue durée sur la Rive-Sud de Montréal³⁷. Ces partenariats nouveau genre viennent s'ajouter à une tendance plus ancienne, celle de confier à des entreprises privées certains services auxiliaires (entretien, buanderie, services alimentaires³⁸) ou de faire appel à une main d'œuvre «indépendante» pour rendre des services cliniques (ex. : le phénomène des agences d'infirmières³⁹).

Autre signe d'une époque marquée par l'influence du secteur privé : l'incorporation des médecins. En effet, depuis 2007, les médecins sont désormais autorisés à s'incorporer au Québec⁴⁰. La grande majorité des médecins étaient parvenus à maintenir une rémunération à l'acte durant les négociations qui ont mené à l'établissement du régime public d'assurance maladie. Les médecins, qui ont toujours farouchement défendu leur autonomie professionnelle, avaient néanmoins concédé que l'État soit désormais le seul à leur verser des honoraires pour les services assurés par le régime public. Certains observateurs jugent que la rémunération à l'acte est un incitatif à accroître la quantité plutôt que la qualité des

actes médicaux ; ils préconisent son remplacement par le salariat ou un autre mode de rémunération. Le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec s'est d'ailleurs vu confier en 2013 le mandat d'étudier cette question⁴¹. Mais en choisissant de permettre l'incorporation des médecins, le gouvernement québécois tend à s'éloigner de cette avenue et à consolider une approche contractuelle avec cette catégorie de professionnels dont le statut fiscal actuel est celui d'un travailleur autonome. L'incorporation permet ultimement aux médecins de réduire l'impôt à payer sur leur revenu.

Le régime d'assurance médicaments du Québec est un autre exemple où l'État facilite le développement du secteur privé. Ce régime a rompu avec le principe d'universalité qui avait été introduit au cœur des deux autres grands régimes québécois d'assurance publique, soit l'assurance-hospitalisation et l'assurance maladie. Cette fois, les participant·e·s au régime ne sont pas couvert·e·s de la même façon, mais plutôt en fonction de leur accès ou non à un emploi où l'assurance-médicaments compte parmi les avantages sociaux. Cette situation a, d'une part, provoqué des iniquités et un système de plus en plus insoutenable, puisque le système public doit prendre en charge la population qui n'a pas accès à une assurance privée. En outre, elle a favorisé l'essor des assureurs privés dans ce domaine, en leur garantissant un bassin d'adhérents dans la population active où les risques pour l'assureur sont moindres. La création de l'assurance médicaments a donc été marquée par l'esprit de son temps, la fin des années 1990, où le privé s'imposait déjà au centre des nouvelles politiques publiques.

Enfin, la tendance est aussi à la subordination aux intérêts privés dans le domaine de la recherche en santé. Des chercheur·e·s constatent un amoindrissement des fonds disponibles pour la recherche fondamentale et son remplacement par des impératifs de recherche appliquée. Ces modifications d'approches inquiètent certain·e·s analystes qui subissent des pressions pour que leurs travaux puissent être immédiatement convertis en avantages économiques⁴².

L'ÉTAT ENTREPRENEURIAL

L'État néolibéral ne favorise pas seulement le développement des marchés privés en se délestant de certains services et en supportant des entreprises privées ; il introduit aussi directement dans son fonctionnement des pratiques importées du privé, notamment la concurrence.

Le meilleur exemple de cette transformation du secteur public est le financement à l'activité (FPA⁴³) des établissements de santé. Le FPA est un mode d'allocation budgétaire qui vise à rendre plus dynamiques et plus performantes les institutions d'un système. Par exemple, il consiste à allouer des fonds aux hôpitaux en fonction du nombre d'actes médicaux effectués dans l'établissement. Le FPA mise sur l'incitatif à augmenter l'activité au sein des hôpitaux pour les rendre plus performants⁴⁴. En somme, il est attendu des hôpitaux qu'une fois

soumis aux principes du FPA, ils se comporteront comme des entreprises qui se concurrencent pour attirer le plus de « clients » possible.

Plusieurs problèmes importants accompagnent l'adoption d'un tel mode de financement au sein d'un système public de santé. L'IRIS a détaillé ailleurs ces critiques⁴⁵, mais il convient également de souligner la complexité de l'implantation d'un système tel que le FPA. Répertoire avec précision l'ensemble des actes accomplis par les établissements, calculer leur coût et les introduire dans une grille de tarification nécessite des ressources humaines et financières considérables. La performance d'un système inspiré du secteur privé et basé sur la concurrence est par conséquent conditionnelle à une augmentation de la bureaucratie chargée d'administrer un tel système.

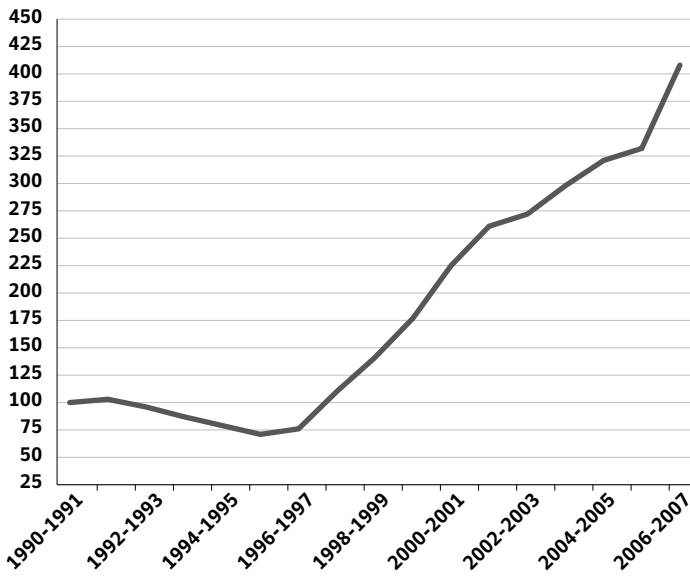
Le thème des indicateurs de performance, autre élément qui relève directement des pratiques de gouvernance, est également devenu prioritaire. Ces indicateurs standardisés s'avèrent nécessaires pour juger de la concurrence des établissements et même pour la réalisation de comparaisons interprovinciales ou internationales. Mais la collecte des données requises peut engorger considérablement le système, et l'on peut douter de la fidélité du portrait obtenu. Certains soins sont difficilement voire carrément non quantifiables et pourraient par conséquent échapper aux tableaux de bord des administrateurs gestionnaires. Une publication du MSSS évoquait même les risques d'une recherche de « résultats chiffrés » qui serait « mythifiée » et pourrait aller jusqu'à verser dans l'absurde⁴⁶.

L'optimisation des ressources en fonction de ces indicateurs vise aussi le personnel du réseau. Beaucoup d'encre a coulé ces dernières années au sujet de l'importation en cours de la méthode Lean Six Sigma au sein du système de santé québécois⁴⁷. Inspirée par le taylorisme et développée par les multinationales Toyota au Japon et Motorola aux États-Unis, cette méthode procède en quadrillant chacune des composantes du travail des employé·e·s afin de corriger les gestes susceptibles de provoquer des micro-interruptions. L'objectif est celui d'un contrôle total et de l'atteinte d'une fluidité parfaite dans la « production ».

L'IMPACT SUR LES EFFECTIFS DU RÉSEAU

La méthode Lean Six Sigma, que des firmes privées ont été chargées d'implanter, s'est aussi retrouvée au cœur d'affrontements entre des syndicats et les administrations hospitalières⁴⁸. C'est que l'outil de contrôle que constitue cette méthode de gestion intervient là où existait déjà une tension avec le personnel du réseau. Déjà en 2000, on identifiait le « sentiment d'insatisfaction, d'épuisement et de morosité » et l'augmentation de la détresse psychologique au sein du réseau. Les vagues de départs à la retraite, à la fin des années 1990, avaient engendré des pressions sur le personnel, notamment infirmier. Un exemple en est l'augmentation des heures supplémentaires du personnel syndiqué, illustrée au graphique 3.

GRAPHIQUE 3 Évolution de la rémunération liée au temps supplémentaire du personnel syndiqué au sein des établissements publics et privés conventionnels du réseau socio-sanitaire du Québec, de 1990-1991 à 2006-2007 (base 100)



Source : Marc-André ST-PIERRE, *op. cit.*, p. 60.

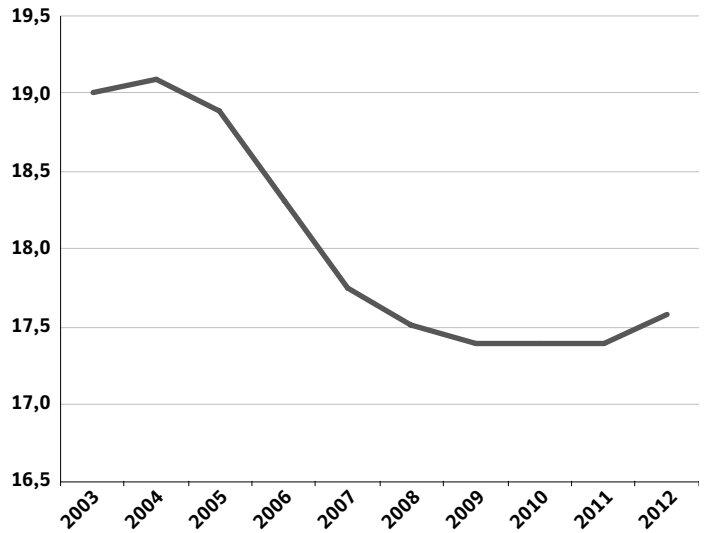
En décembre 2013, un syndicat d’infirmières a attribué aux méthodes d’optimisation l’explosion du nombre de congés de maladie pris par les employé-e-s du réseau de la santé. Ces absences, en forte augmentation depuis dix ans, sont notamment dues à des problèmes de santé mentale et des troubles musculo-squelettiques et auront coûté près de 400 M\$ au réseau en 2012-2013⁴⁹.

La gouvernance de type entrepreneurial requiert un personnel administratif additionnel et, depuis la réforme de 2003 (qui a fusionné des établissements au sein de CSSS et remplacé les régies régionales par des agences), il y a eu augmentation du nombre de cadres dans le réseau. En témoigne la baisse du ratio de salarié-e-s par cadre, qui était de 19 au moment des fusions et qui est désormais approximativement de 17,5, comme le montre le graphique 4⁵⁰.

En janvier dernier, les journaux ont rapporté l’embauche d’un nouveau consultant privé à titre de cadre supérieur au Centre hospitalier de l’Université de Montréal (CHUM), et ce en dépit du gel d’embauche en vigueur dans cet établissement⁵¹. Parmi les tâches de ce cadre temporaire figurent l’implantation de pratiques de saine gouvernance et les préparatifs d’instauration du financement à l’activité.

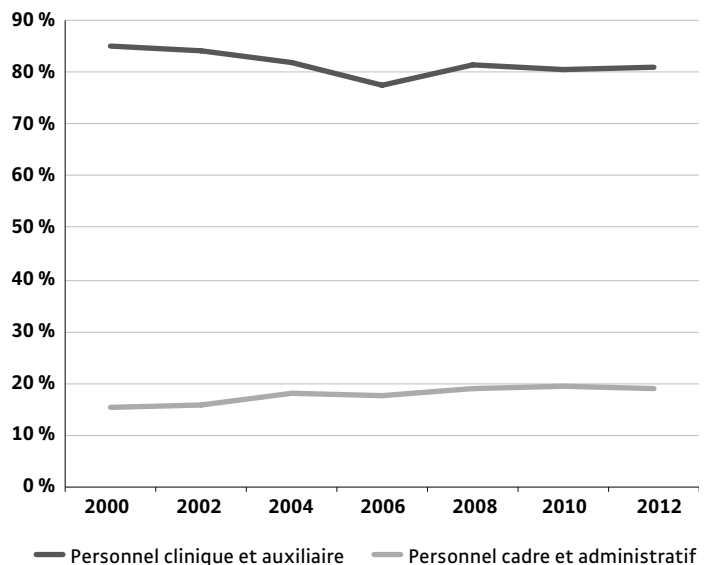
On peut constater une tendance similaire en considérant la proportion du personnel clinique par rapport au personnel non-clinique du système socio-sanitaire. C’est ce qu’indique le graphique 5. Au sortir des compressions et des fermetures d’établissements des années 1990, le personnel clinique (et auxiliaire) avait atteint un sommet au sein des effectifs du réseau, à

GRAPHIQUE 4 Ratio du nombre de salarié-e-s par cadre dans le réseau de la santé et des services sociaux, en équivalent temps complet (ETC), 2003-2012



Source : François BÉLAND, *L’effectif du réseau de la santé et des services sociaux*, Direction générale de la coordination, du financement, des immobilisations et du budget (DGCFIB), MSSS, février 2013. Calculs de l’auteur.

GRAPHIQUE 5 Portion du personnel clinique et auxiliaire comparativement au personnel cadre et administratif parmi les effectifs du réseau de la santé et des services sociaux du Québec, de 2000 à 2012



Source : François BÉLAND, *op. cit.*, et Marc-André ST-PIERRE, *op. cit.*, p. 126. Calculs de l’auteur.

84,8 % (en 2000). Une vague de fusions et une décennie plus tard, cette proportion a baissé à 80,9 %, ce qui signifie que le personnel non clinique (cadres et employé·e·s de bureau) est 4 % plus nombreux qu'il ne l'était au tournant des années 2000.

La privatisation en cours dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec est multiforme. Mais qu'il agisse comme « État-facilitateur » ou comme « État-entrepreneurial », le gouvernement n'est pas un acteur passif dans ce processus. Cette transformation a également un impact dans la composition et les effectifs du réseau; elle augmente le personnel d'encadrement et d'administration, en plus d'accroître la pression sur le personnel clinique.

Gouvernance et technocratie néolibérale

Analyser le fonctionnement de la nouvelle gouvernance dans le réseau de la santé et des services sociaux aide à comprendre comment les politiques néolibérales n'ont pas uniquement pour résultat le retrait de l'État. Les pouvoirs publics peuvent encore peser lourd en réorientant leurs politiques dans le but d'attiser des rapports marchands concurrentiels.

Les chantiers ouverts par les grandes réformes et les nouvelles institutions, ou celles que l'on modifie, n'agissent jamais dans le vide. Ils et elles suppléent à d'autres institutions plus ou moins concurrentes ou coexistent avec elles. Le cas des agences de santé et celui des CLSC ont été évoqués plus haut. Certaines grandes initiatives découlant des réformes ont échoué parce qu'elles ont manqué d'appuis au sein même du réseau (c'est le cas, par exemple, du développement des CLSC à l'échelon local) ou parce qu'elles se sont dissoutes dans un va-et-vient juridico-administratif décousu (la régionalisation, par exemple).

Le système actuel est-il plus ou moins hiérarchisé et plus ou moins décentralisé qu'il ne l'était en 1970 ?

Celui qui était ministre de la Santé à l'époque en a fait le bilan suivant près de 40 ans plus tard : « Sept ans après le rapport Clair, on doit constater que sur le plan des structures de gouvernance, le remplacement des régies régionales par les agences régionales a accentué encore la centralisation du pouvoir de décision au niveau du ministère⁵². »

D'autres font une analyse similaire tout en y voyant une tendance positive, soit une inéluctable intégration du système, contre vents et marées :

En somme, malgré l'impression qu'on en a parfois, l'évolution des dernières décennies n'est pas caractérisée par une succession de changements de cap majeurs mais plutôt par un lent cheminement dans la même direction : la diminution du nombre d'établissements en vue d'une amélioration de l'efficacité, de la continuité des soins et de la qualité des services aux citoyens, du moins est-ce là le lien de cause à effet supposé par le gouvernement⁵³.

Or, le système s'avère toujours bel et bien centralisé, mais non plus en vertu de l'approche structuro-fonctionnaliste des

années 1970; il l'est parce que de plus en plus unifié sous la houlette du néolibéralisme.

Non seulement les modifications apportées à la Loi sur les services de santé et de services sociaux ont-elles fait introduire les schèmes de la gouvernance entrepreneuriale au sein de l'appareil d'État, mais de nouveaux outils de gestion favorisent un contrôle accru des actes pratiqués par tout le personnel clinique à la base du réseau. À cet égard, tant le financement à l'activité que la méthode Lean Six Sigma sont des manifestations d'un nouveau pouvoir néolibéral centralisé. Il en est de même pour des développements comme la réduction de la participation citoyenne dans l'administration ou l'avancée de la contractualisation des services offerts par le réseau.

Les ressources humaines qu'exige la gestion du système sociosanitaire demeurent importantes et même croissantes; elles sont un symptôme de la montée d'une technocratie néolibérale au sein du réseau, chargée du développement d'indicateurs, de contrôles, de redditions de comptes, etc.

En somme, les réformes qui consolident la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux se déploient en vertu des mêmes principes et avec les mêmes résultats que les dynamiques à l'œuvre dans le système d'éducation, décrites par l'IRIS en 2010 :

Or, ce mode de régulation en réseau, qui se prétend non hiérarchique, plus démocratique et antiautoritaire, engendre, dans les faits, une nouvelle forme de domination, davantage abstraite en ce qu'elle repose sur l'intériorisation des principes entrepreneuriaux (concurrence, création de valeur) [...] Dans ce modèle, la seule liberté qui demeure est celle de l'adaptation stratégique aux transformations perpétuelles de l'économie. Les formes d'organisation flexibles, souples et « antiautoritaires » n'existent que pour permettre cette adaptabilité⁵⁴.

Conclusion

Cette note socio-économique portait sur l'implantation de la gouvernance de nature entrepreneuriale dans le système sociosanitaire du Québec. Ce concept, la gouvernance, ne saurait être confondu avec celui de la simple direction d'une organisation. Elle est issue de l'entreprise privée et introduite dans la gestion étatique publique afin de reproduire les conditions du marché et, en premier lieu, la concurrence. En santé, elle postule qu'en octroyant aux patient·e·s le statut de client·e·s et aux établissements de santé celui d'entreprises concurrentes, le système de santé sera plus productif et plus à même de s'insérer dans l'économie comme n'importe quelle autre composante de la société. En ce sens, la gouvernance est un cheval de Troie du néolibéralisme.

Les structures du système sociosanitaire québécois ont connu des réformes majeures à intervalles relativement courts (1970, 1991, 2003). Des changements de cette envergure s'accompagnent d'effets déstabilisants pour une organisation aussi vaste. Les politiciens ayant piloté ces réformes auraient peut-

être eu intérêt à considérer l'avertissement du gourou du management Henry Mintzberg, qui invite à ne pas sous-estimer les contrecoups des réformes, surtout si elles deviennent des « réorganisations perpétuelles »⁵⁵.

Rétrospectivement, les autorités québécoises auraient peut-être dû assujettir l'adoption de la gouvernance au « principe de précaution », comme dans les champs de l'alimentation ou de l'environnement⁵⁶. Faute d'avoir eu cette prudence vis-à-vis des processus importés du privé dans la sphère publique, tant les patient·e·s que les travailleuses et travailleurs de la santé font les frais d'un mode de gestion, la gouvernance, qui accroît les contrôles et la concurrence dans un réseau où la coopération serait une approche mieux avisée.

Guillaume Hébert, chercheur à l'IRIS

Notes de fin de document

- 1 Avec notamment la commission Castonguay-Nepveu (1966-1970) et la commission Rochon (1985-1988).
- 2 Au cours des dernières années, l'Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS) a par exemple traité du cas de la gouvernance en éducation dans plusieurs publications : Blandine PARCHEMAL, *Le Conseil des universités : Réforme managériale et soumission des universités à la concurrence internationale*, Notes de recherche, IRIS, octobre 2013, 28 p., www.iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2013/10/Notes-de-recherches-%E2%80%93-Conseil-U-WEB1.pdf; Eric MARTIN et Maxime OUELLET, *Les mécanisme d'assurance-qualité dans l'enseignement supérieur*, Rapport de recherche, IRIS, novembre 2012, 36 p., www.iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2012/11/Assurance-qualite-web.pdf; Eric MARTIN et Maxime OUELLET, *La gouvernance des universités dans l'économie du savoir*, Rapport de recherche, IRIS, novembre 2010, 32 p., www.iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2011/06/Gouvernance-web.pdf.
- 3 Pierre DARDOT et Christian LAVAL, *La nouvelle raison du monde : Essai sur la société néolibérale*, Paris, La Découverte/Poche, 2009, p. 6.
- 4 Yvan ALLAIRE, *La gouvernance des sociétés d'État : bilan et suggestions*, Institut sur la gouvernance d'organisation privées et publiques (IGOPP), mai 2011, 55 p., www.igopp.org/IMG/pdf/IGOPP_SocietesdEtat_Allaire_mai2011-2.pdf; IGOPP, *Rapport du groupe de travail sur la gouvernance des universités du Québec*, septembre 2007, 20 p., www.igopp.org/IMG/pdf/o_IGOPP_2007-09-18_Rapport_final_Groupe_de_travail_sur_la_gouvernance_des_universites.pdf.
- 5 DARDOT et LAVAL, *op. cit.*, p. 358.
- 6 J. CHEVALIER, « La gouvernance, un nouveau paradigme étatique ? », *Revue française d'administration publique*, n° 105-106, 2003, p. 203-217, cité par Benoît GAUMER et Marie-Josée FLEURY, « La gouvernance du système sociosanitaire au Québec : un parcours historique », dans Marie-Josée FLEURY *et al.*, *Le système sociosanitaire au Québec : Gouvernance, régulation et participation*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, 2007, p. 4.
- 7 Alain DENAULT, « Le financement des universités par l'impôt des entreprises », *Le Devoir*, 5 février 2013, www.ledevoir.com/societe/education/370050/le-financement-des-universites-par-l-impot-des-entreprises.
- 8 RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ), *Rapport annuel 2000-2001*, 81 p., www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/citoyens/fr/rapports/rappann0001-fr.pdf; RAMQ, *Rapport annuel de gestion 2012-2013*, 152 p., www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/citoyens/fr/rapports/rappann1213-fr.pdf; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), *Rapport annuel 2000-2001*, Publications du Québec, 104 p., <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2001/rapano1.pdf>; MSSS, *Rapport annuel de gestion 2011-2012*, 142 p., <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-102-01F.pdf>; MSSS, *Rapport annuel de gestion 2012-2013*, 154 p., <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-102-01F.pdf>.
- 9 François GUÉRARD, *Histoire de la santé au Québec*, Boréal, 1996, p. 73.
- 10 *Ibid.*, p. 68.
- 11 Il sera relayé à la tête de la commission par Gérard Nepveu en 1970.

- 12 Marc-André ST-PIERRE, *Le système de santé et de services sociaux au Québec : Une image chiffrée*, MSSS, octobre 2001, p. 34., <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2001/01-710F.pdf>.
- 13 Pierre BERGERON et France GAGNON, « La prise en charge étatique de la santé au Québec : émergence et transformations », dans Vincent LEMIEUX *et al.*, *Le système de santé au Québec : Organisations, acteurs et enjeux*, Saint-Nicolas, Les Presses de l'Université Laval, 2003, p. 7-33.
- 14 Marc-André ST-PIERRE, *Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec*, MSSS, avril 2009, p. 41, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-731-01F.pdf>.
- 15 « Loi sur les services de santé et les services sociaux », *Lois refondues du Québec, 1991, chapitre S-4.2, art. 340*.
- 16 GROUPE DE TRAVAIL SUR LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ, *En avoir pour notre argent*, Rapport, Gouvernement du Québec, février 2008, p. 177, www.anq.qc.ca/Documents/RapportFR_FinancementSante.pdf; FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC (FMSQ), « Voyage dans le temps : l'évolution du réseau de la santé et de ses structures régionales », *Le Spécialiste*, Édition hors-série, vol. 14, n° HS-1, janvier 2012, www.fmsq.org/documents/10275/335188/janvier2012_hs_final.pdf.
- 17 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *La contractualisation dans les systèmes de santé des pays de l'OCDE*, Discussion paper, n° 4, 2006, p. 20, www.who.int/contracting/la%20contractualisation%20dans%20les%20OECD%20DP.F.06.4.pdf
- 18 ST-PIERRE, *op. cit.*, 2009, p. 43.
- 19 BERGERON et GAGNON, *op. cit.*, p. 27.
- 20 Monique JÉRÔME-FORGET et Claude E. FORGET, « Les marchés internes dans le contexte canadien », *Choix*, vol. 1, n° 3, Institut de recherche en politiques publiques (IRPP), 24 p., <http://archive.irpp.org/fr/choices/archive/vol1no3.pdf>.
- 21 Le virage ambulatoire consiste en la diminution de la durée des séjours, la désinstitutionnalisation, le maintien à domicile, la mise en place d'un continuum de soins et services. Gilles DUSSAULT et Carl-Ardy DUBOIS, « Les personnels de la santé : Bénéficiaires ou victimes des changements dans le système de soins », dans LEMIEUX *et al.*, *op. cit.*, p. 242.
- 22 Lia LÉVESQUE, « Fusion des syndicats dans la santé : la Cour d'appel donne raison au gouvernement », *La Presse*, 7 juillet 2011, www.lapresse.ca/actualites/sante/201107/07/01-4415883-fusion-des-syndicats-dans-la-sante-la-cour-dappel-donne-raison-au-gouvernement.php.
- 23 IGOPP, *Rapport du groupe de travail sur la gouvernance des établissements de santé et services sociaux au Québec*, février 2008, 26 p., www.igopp.org/IMG/pdf/9_Rapport_final_sur_la_gouvernance_des_etablissement_de_sante.pdf.
- 24 Pierre-Gerlier FOREST, « Participation et publics dans le système de santé du Québec », dans LEMIEUX *et al.*, *op. cit.*, p. 175-200.
- 25 Projet de loi n° 127 : *Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux*, Assemblée nationale du Québec, Québec, Éditeur officiel du Québec, 2011.
- 26 Cet institut demandait aussi l'abolition pure et simple du processus électoral servant à élire des citoyennes et des citoyens sur les CA des établissements de santé et services sociaux. Michel NADEAU, *Mémoire relatif au projet de loi n° 127 visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux*, IGOPP, 14 mars 2011, p. 23, www.igopp.org/IMG/pdf/IGOPP_1_Memoire_relatif_au_projet_de_loi_no_127_vf-2.pdf.
- 27 MARTIN et OUELLET, *op. cit.*, 2010; Eric BLONDEAU, *Les tenants et aboutissants du concept d'indépendance*, IGOPP, juin 2008, 53 p., www.igopp.org/IMG/pdf/IGOPP-PP3-Documents_de_support_Juin2008.pdf.
- 28 OMS, *Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé*, Discussion paper, n° 1, 2004, p. 4, www.who.int/contracting/fr/.
- 29 Marie-Claude PRÉMONT, « Le rôle émergent des contrats dans le réseau sociosanitaire québécois », *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*, vol. 4, n° 2, été 2008, p. 26-29.
- 30 Ghyslaine RAYMOND, *Le « partenariat social » : Sommet économique de 1996, syndicats et groupes populaires*, Ville Mont-Royal, M Éditeur, 2013, 184 p.
- 31 MSSS (Québec), *L'autonomie pour tous : Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*, 2013, 46 p., www.autonomie.gouv.qc.ca/documents/livre-blanc.pdf; Julie DEPELTEAU, Francis FORTIER et Guillaume HÉBERT, *Les organismes communautaires au Québec : Financement et évolution des pratiques*, Rapport de recherche, IRIS, mai 2013, 40 p., www.iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2013/08/Communautaire-WEB-02.pdf.
- 32 Delphine ARWEILER et André-Pierre CONTANDRIOPOULOS, « Le financement du système de santé québécois : dynamique et enjeux », dans Marie-Josée FLEURY *et al.*, *op. cit.*, p. 88.
- 33 Chaouli c. Québec (Procureur général), 2005 CSC 35 (CanLII), [2005] 1 RCS 791, <http://canlii.ca/t/1kxrf> (consulté le 7 février 2014).
- 34 *Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé*, RLRQ chapitre S-4.2, r. 25, à jour au 1^{er} février 2014.
- 35 Le recours au financement privé de la santé fait maintenant l'objet d'une bataille judiciaire en Colombie-Britannique où Brian Day, un ancien président de l'Association médicale canadienne, farouche partisan de la médecine privée, entend invoquer l'arrêt Chaouli pour obtenir gain de cause. André PICARD, « Who's fighting for private health insurance in Canada? », *The Globe and Mail*, 25 septembre 2012, www.theglobeandmail.com/life/health-and-fitness/whos-fighting-for-private-health-insurance-in-canada/article4568340/.
- 36 Dans le cas le plus médiatisé, celui des chirurgies de l'hôpital Sacré-Cœur confiées à la clinique Rockland MD, Québec a finalement résolu de réintégrer les chirurgies à l'intérieur de ses salles d'opérations. Amélie DAOUST-BOISVERT, « Clinique Rockland MD – La coûteuse entente avec Québec tire à sa fin », *Le Devoir*, 15 février 2013, www.ledevoir.com/societe/sante/371047/la-couteuse-entente-avec-quebec-tire-a-sa-fin.
- 37 Ariane LACOURSIÈRE, « CHSLD en PPP : des contrats désavantageux pour le public », *La Presse*, 28 novembre 2013, www.lapresse.ca/actualites/sante/201311/28/01-4715799-chsl-d-en-ppp-des-contrats-desavantageux-pour-le-public.php.
- 38 Guillaume HÉBERT, *Nouveaux CHUM/CUSM : Vers la sous-traitance des services alimentaires*, Rapport de recherche, IRIS, février 2010, 28 p., www.iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2011/06/06/C3%89tude-CHU_alimentaire.pdf; Dan ZUBERI, *Cleaning Up: How Hospital Outsourcing Is Hurting Workers and Endangering Patients*, Ithaca et Londres, ILR/Cornell University Press, 2013, 186 p.
- 39 Les coûts et les pénuries de personnel ont convaincu le gouvernement de réduire le recours à ces agences. « Nouvelles règles aux agences privées d'infirmières », *TVA Nouvelles*, 13 septembre 2013, <http://tvanouvelles.ca/lcn/infos/national/archives/2013/09/20130913-195008.html>; Sara CHAMPAGNE, « Diminution du recours aux infirmières d'agences privées », *La Presse*, 30 novembre 2012, www.lapresse.ca/

- actualites/sante/201211/30/01-4599287-diminution-du-recours-aux-infirmieres-dagences-privées.php.
- 40 « Exercice en société (incorporation) », *Collège des Médecins du Québec (CMQ)*, www.cmq.org/fr/medecinmembres/profil/commun/FAQ/ExerciceSociete.aspx#PointTitle1 (consulté le 7 février 2014).
- 41 Amélie DAOUST-BOISVERT, « La rémunération des médecins à l'étude », *Le Devoir*, 17 janvier 2014, www.ledevoir.com/societe/sante/397542/la-renumeration-des-medecins-a-l-etude.
- 42 CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL (CMAJ), « A new paradigm for health research funding », 2 décembre 2013, 109-4669.
- 43 MINISTÈRE DES FINANCES DU QUÉBEC, *Plan budgétaire 2012-2013*, Gouvernement du Québec, 2012, p. G.144.
- 44 Le financement à l'activité est l'équivalent, pour les hôpitaux, de la rémunération à l'acte pour les médecins, en beaucoup plus complexe.
- 45 Guillaume HÉBERT, *Le financement à l'activité peut-il résoudre les problèmes du système de santé*, Note socio-économique, IRIS, juin 2012, 8 p., www.iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2012/06/Note-FAA-web.pdf.
- 46 Yvon BRUNELLE et Alain SAUCIER, *Les indicateurs et le système de soins*, Collection méthodologie et instrumentation, MSSS, février 1999, 50 p., <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1998/98-767-01.pdf>.
- 47 Madeleine CHEVRIER *et al.*, *L'optimisation en santé : les projets LEAN, une avenue à privilégier*, Conférence à la Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité, MSSS, 4 octobre 2011, www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?id=oiwCw5SNuZE=&j=7p8eWwFQyK4=; Angelo SOARES, *La qualité de vie chez les membres de l'APTS, la CSN et la FIQ au CSSS Ahuntsic/Montréal-Nord : La santé malade de gestion*, Rapport de recherche, École des sciences de la gestion, Université du Québec à Montréal (UQAM), 33 p., www.fiqsante.qc.ca/publicfiles/documents/2010-03-23_la-sante-malade-de-gestion_etude-soares_apt-csn-fiq_csssamn.pdf; Lucie BIRON, « La souffrance des intervenants : perte d'idéal collectif et confusion sur le plan des valeurs », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n° 36, 1/2006, p. 209-224, www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2006-1-page-209.htm.
- 48 Claude GIGUÈRE, « Manifestation devant le CLSC de Montréal-Nord », *Le Guide de Montréal-Nord*, 29 octobre 2012, www.guidemtl nord.com/Societe/Sante/2012-10-29/article-3109724/Manifestation-devant-le-CLSC-de-Montreal-Nord/1.
- 49 Amélie DAOUST-BOISVERT, « La facture des congés de maladie explose », *Le Devoir*, 8 janvier 2014, www.ledevoir.com/societe/sante/396748/la-facture-des-conges-de-maladie-explose.
- 50 Le ratio de cadres est toutefois largement inférieur à ce qu'il était au début des années 1990.
- 51 Amélie DAOUST-BOISVERT, « Le CHUM engage un consultant malgré un gel d'embauche », *Le Devoir*, 14 janvier 2014, www.ledevoir.com/societe/sante/397232/le-chum-engage-un-consultant-malgre-un-gel-d-embauche.
- 52 GROUPE DE TRAVAIL SUR LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ, *op. cit.*, p. 172. C'est aussi la conclusion de GAUMER et FLEURY, *op. cit.*, p. 18.
- 53 Jean TURGEON, Hervé ANCTIL et Joël GAUTHIER, « L'évolution du Ministère et du réseau : continuité ou rupture ? », dans Vincent LEMIEUX *et al.*, *op. cit.*, p. 106.
- 54 Eric MARTIN et Maxime OUELLET, *op. cit.*, 2010, p. 19.
- 55 Jacinthe TREMBLAY, « Une administration malade », *La Presse*, 12 mai 2007, <http://affaires.lapresse.ca/economie/200901/06/01-676715-une-administration-malade.php>.
- 56 Steve JACOB, « Ouvrage recensé : La réingénierie de l'État. Vers un appauvrissement de la gouvernance québécoise (Rouillard et al.) », *Politiques et Sociétés*, vol. 25, n° 1, 2006, p. 152-156 <http://id.erudit.org/iderudit/013521ar>.

IRIS

**Institut de recherche
et d'informations
socio-économiques**

L'Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS), un institut de recherche indépendant et progressiste, a été fondé à l'automne 2000. Son équipe de chercheur·e·s se positionne sur les grands enjeux socio-économiques de l'heure et offre ses services aux groupes communautaires et aux syndicats pour des projets de recherche spécifiques.

Institut de recherche et d'informations socio-économiques
1710, rue Beaudry, bureau 2.0, Montréal (Québec) H2L 3E7
514 789 2409 · www.iris-recherche.qc.ca

ISBN 978-2-923011-41-7