

Liberté

Du privé au public au privé

Marie-Claude Goulet and Guillaume Hébert

Santé

Number 309, Fall 2015

URI: id.erudit.org/iderudit/79183ac

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Collectif Liberté

ISSN 0024-2020 (print)
1923-0915 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Goulet, M. & Hébert, G. (2015). Du privé au public au privé.
Liberté, (309), 41–44.

Tous droits réservés © Marie-Claude Goulet, Guillaume Hébert, 2015

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.
[<https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/>]



This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research. www.erudit.org

Du privé au public au privé

Quatre épisodes d'une histoire du système de santé au Québec.

par Marie-Claude Goulet avec Guillaume Hébert

1

De la charité chrétienne aux assurances privées

POUR le citoyen détenant depuis sa naissance ou presque une carte soleil, il n'est certes pas facile de s'imaginer devoir déclarer faillite à la suite d'une longue maladie, d'un accident stupide ou simplement d'un accouchement. Or, de la Nouvelle-France au Québec du début des années soixante, une telle mésaventure n'était en rien exceptionnelle. L'accès à la santé relevant principalement de la sphère privée, chacun devait payer les soins de sa poche. Les modes de paiement pouvaient alors aller du cochon à la poule pour les uns, à la monnaie sonnante et trébuchante pour les autres, à moins de compter, à partir de la première moitié du xx^e siècle, parmi les travailleurs privilégiés ayant accès à une assurance privée. Ainsi, tant les médecins que les hôpitaux dépendaient alors de l'argent ou des biens que les malades se trouvaient en mesure de leur verser.

Quant à ceux n'ayant que leur misère à offrir, le clergé catholique s'en occupait, l'État lui ayant laissé la responsabilité de prendre en charge les indigents. C'est la glorieuse époque de la charité chrétienne, reine des vertus... Mais les organisations religieuses perdent progressivement de leur importance au profit du gouvernement, qui dès le début du xx^e siècle, se met timidement à intervenir, surtout pour

financer les politiques d'hygiène dominant alors les questions de santé publique.

Le gouvernement libéral de Louis-Alexandre Taschereau vote en 1921 la mise en place de l'assistance publique, assurant le financement d'une partie des soins aux indigents. L'intervention suscite d'ailleurs d'âpres débats. Le directeur du *Devoir*, Henri Bourassa, affirme que cette mesure rompt avec la « bonne » charité, qui départage justement les pauvres méritants des non méritants. Les secteurs traditionalistes perçoivent en effet l'État comme une menace à la culture canadienne-française puisque, contrairement à la volonté divine, ils y voient un acteur froid, rationnel et potentiellement amoral.

Il a donc fallu attendre longtemps avant que l'État ne s'engage massivement dans le financement de la santé. Au

tournant du xx^e siècle, pour répondre aux besoins grandissants qui accompagnent l'industrialisation et l'urbanisation accélérées, des mutuelles de santé sont créées par des ouvriers qui cotisent à des fonds dédiés aux travailleurs accidentés. Mais ces petites organisations sont fragiles, leur portée est restreinte, et elles peinent à survivre.

Après les échecs répétés de ces mutuelles, des compagnies d'assurance tentent de s'emparer de ce nouveau marché potentiellement profitable dans la première moitié du xx^e siècle. C'est l'époque des assurances libérales, qu'illustre bien l'expérience de la Croix bleue, un modèle importé des États-Unis. Les grandes entreprises, qui craignent l'étatisation de la santé et le spectre du communisme, se montrent favorables au développement de ce type d'assurances. Elles s'entendent dès lors avec des assureurs privés et leur garantissent des revenus en leur confiant des bassins de travailleurs à assurer. Mais l'essor de la médecine hospitalière rend, à l'époque, les coûts trop élevés pour les assureurs. La plus-value escomptée n'est pas au rendez-vous.

De leur côté, les administrations religieuses et laïques des hôpitaux sont de plus en plus souvent déficitaires et n'arrivent plus à prendre en charge gratuitement les plus pauvres. Après la Deuxième Guerre mondiale, lorsqu'il devient évident que l'assurance libérale ne parvient pas à donner accès aux soins à l'ensemble de la population, l'assurance-maladie publique et universelle, et donc l'État, est de plus en plus revendiquée, d'autant plus que ses défenseurs remportent des batailles dans l'Ouest canadien. En effet, un gouvernement FCC



Série « le care à travers les âges »

Fig. 12 — Les années dix

(Fédération du Commonwealth coopératif), l'ancêtre du NPD avec à sa tête la fameuse figure de Tommy Douglas, ira de l'avant en Saskatchewan : d'abord avec la mise en place de l'assurance-hospitalisation et, dans un deuxième temps, avec la création de l'assurance-maladie, qui provoque une onde de choc partout en Amérique du Nord.

C'est la première fois qu'un gouvernement va aussi loin sous la pression des groupes populaires. Mais les opposants sont nombreux, parmi lesquels on retrouve le monde des affaires et les médecins, qui craignent que cette couverture publique soit le prélude à l'instauration du communisme. Nous sommes alors, ne l'oublions pas, en plein maccarthysme.

Néanmoins, la vague ne s'arrête pas. Après la Saskatchewan, le fédéral emboîte le pas et s'engage à assumer pour les provinces la moitié du coût de l'assurance-maladie. Le Québec de Duplessis, plongé dans la Grande Noirceur, dénonce l'ingérence fédérale dans une compétence provinciale et refuse d'embarquer dans le train. Comme quoi les querelles ne datent pas d'hier. Le chef de l'Union nationale tente alors une manœuvre de diversion afin de gagner du temps en mettant sur pied, en 1953, une commission d'enquête, la commission Tremblay, qui doit réfléchir aux relations avec Ottawa du point de vue fiscal. Duplessis craint le « communisme » saskatchewanais et la perversion du modèle traditionnel québécois. Mais il meurt en 1959, et les changements sociaux qui couvent depuis quelque temps peuvent éclore.

2

La création du système public de santé

C'EST au début de la Révolution tranquille, sous le gouvernement de Jean Lesage, qu'est votée en 1961 la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* : en retard sur ce qui s'était déjà fait dans le reste du Canada, le Québec instaure enfin sa couverture publique des soins reçus dans les hôpitaux. Bien que tout ne soit pas gratuit et les médecins pas encore rémunérés par cette loi, on fait une avancée importante en matière d'accès aux soins.

La pression populaire est alors assez forte pour que le gouvernement instaure un régime public et universel de santé.

Le mouvement syndical, alors en mode plus combatif que corporatiste, remporte d'importantes batailles et mène même, en grande partie, la lutte pour l'implantation de l'assurance-maladie. On croit rêver...

Puis, la commission Castonguay-Nepveu, créée en 1967, obtient le mandat de penser l'organisation d'un système de santé et de dispensation de soins et de services sociaux. En 1971, là encore en retard sur les autres provinces, le gouvernement de Robert Bourassa – aussi favorable à la gratuité scolaire en

Apeurés par cette intrusion de l'État dans leurs affaires, les médecins spécialistes déclenchent une grève quelques jours avant l'entrée en vigueur de l'assurance-maladie.

éducation, rappelons-le – met en application la *Loi sur l'assurance-maladie* : tous les soins médicalement nécessaires seront dorénavant couverts par le régime public. L'État en plein développement a alors de grandes visées ; il veut non seulement offrir des soins et des services sociaux à l'ensemble de la population, mais a aussi pour objectif d'élargir la couverture publique à différents soins complémentaires, par exemple les soins dentaires, les soins de la vue, la physiothérapie, etc.

Nous sommes enfin venus à bout, du moins pour un certain temps, de l'idée selon laquelle il faut payer individuellement pour avoir accès à des services de santé. Selon des principes – manifestement en voie de disparition – de solidarité sociale et de partage de risques, l'État assume la responsabilité d'en assurer le financement, par le biais des

impôts qui seront redistribués « équitablement » dans la société.

Apeurés par cette intrusion de l'État dans leurs affaires, les médecins spécialistes déclenchent une grève quelques jours avant l'entrée en vigueur de l'assurance-maladie, perçue comme une menace à leur autonomie professionnelle. Nous sommes à l'automne 1970 et l'impact du mouvement est grandement occulté par les événements d'Octobre, le gouvernement en ayant déjà plein les bras avec le FLQ. La veille du décret de la tristement célèbre *Loi sur les mesures de guerre*, l'Assemblée nationale adopte une loi spéciale forçant les médecins à retourner au travail. On peut aisément imaginer le sentiment de victoire du mouvement syndical à ce moment-là ; les lois spéciales ne servent pas qu'à mater les travailleurs exploités...

Plusieurs hôpitaux existants ayant été construits sous Duplessis, grâce au financement issu d'un programme fédéral auquel « Le Chef » ne pouvait tourner le dos, il reste la tâche d'édifier le réseau sur l'ensemble du territoire québécois. Le projet est ambitieux dans la mesure où l'ensemble des soins et services de première ligne doit être offert par les CLSC (Centre local de santé communautaire) nouvellement créés. Plusieurs groupes se sont déjà organisés en créant des cliniques populaires, où l'on pense qu'il est important de décentraliser et de démocratiser les établissements de santé pour y développer une gestion locale. Le modèle avant-gardiste repose sur des assemblées générales et des conseils d'administration composés de membres élus provenant de la communauté. L'accent y est mis sur les différentes réalités sociales et économiques vécues par les populations locales et, par le fait même, sur des mesures préventives et communautaires. Diverses causes, dont la grande résistance des médecins, expliquent que ce projet ne sera jamais pleinement réalisé, que ce soit concernant le nombre de CLSC projeté ou l'autonomie dont on voulait les doter.

À partir des recommandations de la commission Castonguay-Nepveu est aussi créé un ministère des Affaires sociales regroupant la santé, les services sociaux, de même que le ministère du Revenu. Si l'on considère, à travers l'instauration des mesures d'austérité actuelles, le mépris et le bâillonnement dont fait l'objet la santé publique, on semblait alors mieux comprendre qu'aujourd'hui à quel point la pauvreté et la maladie sont intimement liées, que les inégalités de santé vont de pair avec les inégalités de revenus. Les temps ont bien changé, mais cette évolution montre l'importance et la force des courants idéologiques et des contre-pouvoirs d'une époque à une autre.

À ce titre, terminons en replaçant sous les projecteurs l'idée qu'on se faisait alors du bien commun : avec la création d'un système public de santé, on cherchait à répondre aux besoins d'une population et non pas à fournir des services techniques à une clientèle ou à de simples *utilisateurs-payeurs*. Cette volonté transparaît d'ailleurs très clairement dans les textes et débats des fonctionnaires de l'époque, qui voyaient leur travail d'une tout autre façon qu'aujourd'hui. À cet égard, le terme anglais *public servant* est intéressant : il ne renvoie pas à la maximisation des profits d'une entreprise, mais bien à l'idée de servir le public. Cette notion de *service public* sera malheureusement passablement mise à mal par la suite...

3

Le démantèlement

A PARTIR des années quatre-vingt, à l'ère du thatchérisme, la nature de l'État québécois se met à changer. Les idées phares de la Révolution tranquille auront eu la vie courte. Pris d'une amnésie certaine, on cherche déjà à renouer, dans la prestation des services publics, avec des solutions tenant surtout compte du marché et de l'entreprise privée. Alors qu'on s'inquiète de plus en plus des coûts liés au système de santé, différentes réformes sont proposées, mais elles n'auront pas vraiment lieu, comme si les acteurs politiques, qui n'ont pas encore succombé à la propagation des idées néolibérales, étaient en même temps incapables de mettre en place des transformations à même de corriger les failles du système technocratique désormais en place.

Commence alors le mouvement des « désassurances », qui se traduit par la diminution de la couverture publique de certains services, comme les soins de la vue et les soins dentaires. Tout est ramené au strict minimum. C'est le prélude à un désengagement clair du gouvernement qui, non seulement ne s'est pas rendu à destination, mais modifie déjà radicalement le but qu'il s'était au départ fixé.

Au cours des années quatre-vingt-dix, à l'ère des grands traités de libre-échange, les crises économiques servent notamment de prétexte à l'accélération de changements qui auront un impact direct sur les soins et services offerts ainsi que sur les valeurs

portées par le système. Jean Rochon, devenu ministre de la Santé sous le gouvernement péquiste de Lucien Bouchard et chargé d'appliquer la politique du déficit zéro en ce domaine, procédera à des coupes majeures dans le réseau de la santé. À ce moment-là, on n'ergote pas pour savoir s'il s'agit ou non d'austérité; on impose sans détour une importante diminution des dépenses. Des hôpitaux et des lits sont fermés, des milliers d'infirmières et de médecins poussés à la retraite, créant une pénurie dont on

Avec la création
d'un système
public de santé,
on cherchait à
répondre aux
besoins d'une
population et
non pas à fournir
des services
techniques à de
simples *utilisateurs-
payeurs*.

a encore peine à se remettre. Le nombre d'actes effectués dans les hôpitaux est diminué, augmentant quasi instantanément les temps d'attente pour certaines chirurgies, etc. On donne ni plus ni moins des coups de hache dans le système.

Ces mesures sont alors prises sous couvert du nécessaire « virage ambulatoire », via lequel on cherche à diminuer le recours aux services hospitaliers, plus dispendieux, pour miser sur d'autres ressources. En théorie, le virage proposé est pertinent. En pratique, en pleine période d'austérité, il sert surtout à la mise en œuvre d'une première grande initiative de démantèlement du réseau. La façon péquiste de « faire » du déficit zéro est d'ailleurs d'organiser de grands sommets économiques visant à donner l'impression aux différents acteurs sociaux qu'ils participent à l'élaboration de

solutions, présentées comme étant progressistes. L'une d'entre elles consiste à accorder un plus grand rôle aux travailleurs œuvrant dans le secteur de l'économie sociale, ce qui équivaut bien souvent à les utiliser comme sous-traitants. La crainte des syndicats, dont certains ont de manière étonnante donné leur aval à ce type de changement, est qu'en procédant de cette façon, on transfère des emplois et ressources vers des organismes communautaires ayant un personnel moins formé, moins payé et moins protégé. L'État y sauve à la fois la face et de l'argent...

Au début des années 2000, le Parti québécois et le Parti libéral commanderont respectivement le rapport Clair (2000-2001) et le rapport Ménard (2005) qui, en accord avec l'air du temps, seront truffés de propositions favorisant la participation du privé dans le domaine de la santé. Ceci semble aller de soi, alors qu'on remet de plus en plus en question la « pérennité » du système de santé, évoquant « l'impasse financière » dans laquelle il est plongé. Qui veut noyer son chien l'accuse d'avoir la rage...

L'arrivée au pouvoir des libéraux de Jean Charest, en 2003, marque ensuite la tentative de lancer une vaste « réingénierie de l'État ». À partir de là, une importante rupture s'opère avec ce qui avait été implanté pendant la Révolution tranquille. Alors que dans le passé on parlait de solidarité sociale, de services publics, de prise en charge collective, d'un réseau qui « orchestre » des ressources pour répondre aux besoins d'une population, désormais on cherche plutôt à s'inspirer du secteur privé et à reproduire sa logique marchande à l'intérieur même de l'État. Il s'agit là d'un changement fondamental dans la façon de gérer et d'offrir les services aux citoyens, lesquels sont transformés, lentement mais sûrement, en clients.

Une telle manœuvre provoque un affrontement social important et le gouvernement Charest est obligé de modérer sa charge. Toutefois, des modifications plus fondamentales se produisent, dont certaines échappent au mouvement social, trop occupé à se mobiliser sur d'autres fronts. En effet, avec Philippe Couillard au ministère de la Santé, on assiste à une transformation majeure du système : gouvernance d'entreprise, création de marchés internes, modification de la composition des conseils d'administration des établissements, ouverture à l'assurance privée duplicative, mise en place des centres médicaux spécialisés à investisseurs privés, construction d'hôpitaux et de CHSLD en partenariats public-privé...

Et au grand désarroi des défenseurs du système public de santé, ces nouvelles façons

de faire sont désormais inscrites au cœur de nos textes de loi.

4

La « réforme Barrette »

SI LA RÉINGÉNIERIE DE L'ÉTAT de Charest en 2003 était en rupture complète avec l'esprit de la Révolution tranquille, la réforme Barrette de 2015 fait quant à elle passer l'opération de démantèlement en quatrième vitesse.

Avec le projet de loi 10, Gaétan Barrette ordonne en souverain absolu, envers et contre tous, des mégafusions d'établissements ayant des missions tout à fait différentes. Le milieu de la santé assiste en ce moment, encore ébranlé, à une déstabilisation majeure du réseau et à une concentration inégale des pouvoirs entre les mains du ministre de la Santé, lequel s'est aussi arrogé le droit suprême de nommer tous les membres de tous les conseils d'administration du peu d'établissements restant. On passe de près de deux cents conseils d'administration à un peu moins d'une trentaine, alors que leur nombre était de six cents au début des années 2000.

Le ministre a rejeté du revers de la main les dizaines de rapports et de témoignages des gens et organisations œuvrant dans le système de la santé et des services sociaux qui, en commission parlementaire, lui ont demandé – l'ont parfois même supplié – de ne pas mettre en œuvre un projet aussi démesuré. Il n'en fera aucun cas et adoptera sous le bâillon ce projet de loi faisant un pied de nez aux principes démocratiques, signant ni plus ni moins la disparition de toute forme de contre-pouvoir à l'intérieur du réseau, la perte complète de gestion locale, l'anéantissement de la participation citoyenne.

À l'instar du projet de loi 10, le projet de loi 20 a lui aussi été déposé sans aucune consultation des personnes concernées. Au moment d'écrire ces lignes, une entente (dont nous ne pouvons expliciter ici tous les détails) vient d'être signée entre la FMOQ (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec) et le gouvernement : l'application du projet de loi 20 sera finalement reportée ou annulée si certaines conditions sont respectées par les médecins. Il est toutefois important d'en rappeler les grandes

lignes puisque sa teneur et ses implications démontrent bien la pensée et les visées du gouvernement actuel.

Sa logique repose sur l'idée voulant que le manque d'accès à la première ligne incombe aux seuls médecins de famille, qui ne seraient pas assez productifs. Ainsi, c'est à coups de pénalités financières que l'on voulait sanctionner les médecins n'arrivant pas à répondre aux quotas dictés par un ministre absolument ignorant de la réalité de la pratique de la médecine familiale. Bien

Écouter,
questionner,
dialoguer,
examiner, soigner
sont des « gestes »
qui prendront
toujours du temps,
quoiqu'en pensent
le ministre de
la Santé et les
thuriféraires de la
méthode Lean.

au-delà de la question salariale, sur laquelle il serait sans doute sain d'avoir une réelle discussion, le projet de loi 20 met de l'avant une pratique productiviste de la médecine, à l'intérieur de laquelle, selon les dires du ministre Barrette, les médecins de famille devraient voir jusqu'à vingt-cinq patients par jour. Des pénalités étaient aussi prévues pour les médecins – sans doute pas assez accessibles ou prévoyants – dont les patients consulteraient à l'urgence.

C'est donc par une « gestion permanente de leur profil de pratique » que les médecins auraient été contrôlés, épiés,

vérifiés et punis s'ils n'avaient pas répondu à la cadence que l'on voulait leur imposer, au mépris même de ce qui donne du sens à leur travail. Si des mesures punitives étaient introduites pour augmenter la cadence de travail des médecins, c'est la qualité de la relation *patient-médecin*, avec tout ce que cela implique (mauvais diagnostics, surprescription de tests et de médicaments, consultations rapides, etc.), qui en souffrirait. Certains ont sonné l'alarme en affirmant que les personnes les plus vulnérables – âgées, pauvres, souffrant de problèmes de santé mentale, etc., groupes parmi lesquels les femmes sont surreprésentées – seraient les grandes perdantes, puisqu'il est impossible de faire l'économie du temps pour bien les traiter.

Écouter, questionner, dialoguer, examiner, soigner sont des « gestes » qui prendront toujours du temps, quoiqu'en pensent le ministre de la Santé et les thuriféraires de la méthode Lean – une théorie de gestion de la production originaire des usines Toyota – qui depuis quelques années appliquent leurs pratiques productivistes à certains secteurs du réseau de la santé – dont les soins à domicile et les soins de longue durée – avec une philosophie du « faire plus avec moins » et du « dégraissage ». Le chronométrage des faits et gestes des travailleurs et travailleuses de la santé est désormais une réalité bien tangible.

Le prochain chantier du ministre Barrette est celui du financement à l'activité. L'idée est de lier le financement des hôpitaux au nombre d'actes (ou épisodes de soins) qu'ils réalisent. On présume qu'ils deviendront plus efficaces s'ils sont en compétition entre eux. Ainsi, si un hôpital voit plus de patients, il aura davantage de ressources et engrangera potentiellement des marges de profit. Les conséquences, survenues dans d'autres pays, sont prévisibles : diminution de la qualité des soins, augmentation des coûts, incitation à empirer le codage des patients, obsession des indicateurs de performance, lourdeur de la bureaucratie. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, la concurrence n'est pas un état naturel, elle doit être organisée et mise en place. De plus, intégrer cette logique entrepreneuriale au sein de notre système de santé ne garantit non seulement pas la qualité des soins, mais nous fait perdre aussi en équité, en solidarité et en humanité. **L**

Marie-Claude Goulet est médecin et féministe. Elle a été présidente du regroupement Médecins québécois pour le régime public. Elle est chargée d'enseignement clinique à l'Université de Montréal. — **Guillaume Hébert** détient une maîtrise en science politique de l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Il est chercheur à l'IRIS.