

# ARTICLE DE LA REVUE JURIDIQUE THÉMIS

*On peut se procurer ce numéro de la Revue juridique Thémis à l'adresse suivante :*

*Les Éditions Thémis*

*Faculté de droit, Université de Montréal*

*C.P. 6128, Succ. Centre-Ville*

*Montréal, Québec*

*H3C 3J7*

*Téléphone : (514)343-6627*

*Télécopieur : (514)343-6779*

*Courriel : [themis@droit.umontreal.ca](mailto:themis@droit.umontreal.ca)*

© Éditions Thémis inc.

Toute reproduction ou distribution interdite  
disponible à : [www.themis.umontreal.ca](http://www.themis.umontreal.ca)

# Droit de la santé

## L'émergence de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* de 1991 : une chronologie des événements

### **Michelle GIROUX**

Professeure adjointe à la Faculté de droit, Section de droit civil,  
Université d'Ottawa

### **Guy ROCHER et Andrée LAJOIE**

Professeurs titulaires à la Faculté de droit et chercheurs au Centre de  
recherche en droit public, Université de Montréal

Tout juriste et même bon nombre de non-juristes connaissent l'expression « l'intention du législateur ». Cette expression véhicule entre autres l'idée que le législateur est cohérent<sup>1</sup>. L'étude de l'émergence du droit et plus particulièrement ici de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, nous révèle une toute autre dimension de l'intention du législateur.

L'analyse proposée ici permet d'observer le phénomène d'émergence d'une loi d'intérêt majeur, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, adoptée le 28 août 1991. Le processus menant à l'adoption de cette loi a été

particulièrement riche en développements divers et c'est pourquoi elle a été choisie comme l'objet de notre étude. Celle-ci vise à démontrer à travers quel cheminement long et complexe cette loi a finalement été votée par la législature et comment il est impossible d'en cerner tous les enjeux sans analyser le contexte qui a mené à son adoption. C'est donc tout le procédé de fabrication de la loi qui est analysé, notamment en ce qui concerne les rapports droit/pouvoir dans la société et leurs effets sur le contenu de la loi. L'étude se situe ainsi en amont du droit positif et va au delà des sources formelles du droit.

La recherche dont cet article-ci rapporte certaines conclusions s'inscrit dans le cadre d'un programme de recherche en théorie

---

\* La recherche sur laquelle cet article est basé a été subventionnée par le C.R.S.H. et le Fonds FCAR.

<sup>1</sup> Ou le postulat selon lequel le législateur a une pensée cohérente.

du droit qui étudie l'émergence du droit dans divers milieux et dans divers contextes. Le programme comprend plusieurs projets de recherche parallèles dans une pluralité de milieux où l'on peut observer l'émergence de diverses formes de normativité juridique. La législature est le milieu d'émergence étudié ici, et la normativité juridique est celle qui se présente sous la forme d'une loi.

À cette fin, nous traçons dans ce texte le cheminement parlementaire de la récente réforme québécoise de la santé et des services sociaux. Pour faire l'analyse du cheminement parlementaire de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, nous remontrons à la création de la Commission Rochon, puisque c'est approximativement à ce moment que l'idée de la réforme prend naissance. Nous poursuivons l'analyse de l'élaboration de cette loi jusqu'à son adoption. En faisant cette analyse, nous devons tenir compte non seulement des différentes versions du texte de loi, mais des documents énonçant l'imminence des nouvelles politiques, tels le Rapport Rochon et les Orientations de la ministre Thérèse Lavoie-Roux et celles du ministre Marc-Yvan Côté, dans leur Livre Blanc respectif. C'est dans ces documents qu'on retrouve les énoncés de principes qui sont par ailleurs absents du texte de la loi.

L'élaboration de la loi se traduit par la rédaction de trois versions législatives différentes : l'avant-projet de loi, le projet de loi et la loi dans sa version finale. Ces différentes versions ont été entrecoupées d'une Commission parlementaire sur l'avant-projet de loi, de nombreuses négociations avec

les médecins, et d'une étude en commission, où l'analyse du projet de loi, article par article, a été particulièrement mouvementée.

Pour effectuer la recherche, nous avons analysé les différentes versions de la loi de même que les débats devant la Commission parlementaire sur l'avant-projet de loi, en tenant compte des mémoires déposés par les différents groupes qui y ont témoigné. Nous avons de plus effectué une trentaine d'entrevues avec des acteurs clé, témoins de la réforme. C'est d'ailleurs notamment grâce à la contribution non négligeable des personnes interviewées que nous avons pu retracer les détails quant à la chronologie des événements<sup>2</sup>, essentiels à l'étude de l'émergence du droit<sup>3</sup>.

La contribution à la théorie du droit ici visée est celle que peut apporter la sociologie. Dans cette perspective, cette chronologie des événements peut être lue comme la mise en place des matériaux de ce que le sociologue français du droit, Jacques Commaille, a appelé une « sociologie politique du droit », qu'il a pratiquée lui-même dans son étude sur la production des lois françaises de la famille<sup>4</sup>. À travers la chronologie présentée, on verra en effet naître et se formuler un projet politique, celui d'opérer ce qu'on a voulu être une importante réforme du système

2 Nous tenons à les remercier d'avoir si généreusement participé à la recherche.

3 Jean-François PERRIN, *Éléments théoriques pour l'étude de la construction des normes juridiques*, Genève, mars 1978, travaux Cétel, n° 4, p. 1.

4 Jacques COMMAILLE, *L'esprit sociologique des lois : essai de sociologie politique*, Paris, Presses universitaires de France, 1994.

québécois de santé. Ce projet politique, passant d'abord par les voies d'une commission d'enquête et de Livres Blancs, en vient à se formuler dans des projets de loi, une commission parlementaire et finalement une loi. Mais le postulat de base d'une sociologie politique du droit, c'est qu'il est impossible d'étudier adéquatement l'émergence des lois de cette ampleur en s'arrêtant à la seule législature, élue ou déléguée, sans élargir la perspective à l'ensemble des interventions qui l'ont entourée, vues comme un processus dynamique mettant en cause une pluralité d'acteurs à l'intérieur et à l'extérieur de la législature.

D'une manière plus précise, l'analyse sociologique d'un tel processus s'efforce de mettre plus particulièrement en lumière quatre aspects essentiels relevant des rapports entre droit et société. Le premier concerne les jeux de pouvoir entourant la production d'une telle loi, l'évolution des rapports de pouvoir au cours du processus et leur influence sur le produit final qui émerge de la législature. Une lecture le moins attentivement de la chronologie qui suit est à cet égard extrêmement révélatrice. En second lieu, et dans la même veine, la méthode sociologique permet d'observer comme au microscope la dynamique des rapports entre la sphère étatique et la société civile, entre l'État, ses dirigeants, ses fonctionnaires et les représentants des groupes, associations et mouvements qui s'emploient à promouvoir ou défendre leurs intérêts. La loi en voie d'« engendrement » devient un enjeu à la fois pour l'État qui, lui aussi, défend et promeut ses intérêts, sous le couvert de l'intérêt général, et pour les segments de la

société civile qui protègent des intérêts qu'on dit plus particuliers. Ce qui nous conduit à un troisième aspect, celui de l'observation et de l'analyse de l'action des groupes de pression, des rapports qu'ils ont entre eux à cette occasion, des luttes qui les opposent et des rapports multiformes qu'ils ont avec les divers paliers de l'État. Enfin, l'analyse sociologique permet de découvrir les idéologies – dominantes, minoritaires ou exclues – qui se cachent dans le discours des différents acteurs et, dans un deuxième temps, à partir de cette analyse, de mettre en lumière les écarts entre le discours, les actes et les comportements. Cette dernière fonction de l'analyse sociologique est particulièrement importante dans l'étude de la chronologie d'une législation complexe et contestée comme celle qui est ici l'objet de recherche.

### **I. Les acteurs du processus législatif**

Avant de voir comment l'idée de la réforme de la santé émerge et d'analyser le projet de réforme comme tel, il importe de définir les acteurs qui y ont joué un rôle de premier plan. La réforme de la santé a impliqué un nombre important d'intervenants. D'une part, parce que le secteur touche bien des groupes et catégories de personnes et, d'autre part, parce que les intérêts en jeu sont énormes. Pour présenter ces différents acteurs, nous les regroupons par lieu d'action.

Trois différentes scènes sont présentes à plusieurs moments dans le temps, et parfois même simultanément, tout au long du cheminement législatif de la réforme de la santé : la scène

privée, la scène politique et la scène publique (parlementaire)<sup>5</sup>. Bien que l'une prenne parfois plus d'importance que les autres au fil du temps et des événements, ces trois scènes interagissent et s'influencent mutuellement. Nous décrivons chacune de ces scènes ainsi que les acteurs qui y figurent, en commençant par la scène privée.

### A. La scène privée

Le terme scène privée est pour nous synonyme de société civile. Cette notion de « société civile » est complexe, à la fois à cause de sa longue histoire au cours de laquelle elle s'est modifiée et à cause des usages divers qu'on en fait, comme l'a particulièrement bien montré Charles Taylor<sup>6</sup>. Pour les fins de notre étude, nous recourons à la définition qu'en a donnée Myriam Simard, dans un contexte analytique analogue au nôtre :

[L]a *société civile* est un système hétéroclite et pluridimensionnel d'organisations éparses. [Formée notamment par] de multiples associations (économiques, syndicales, politiques, religieuses et autres) qui viendront transformer le champ politique, le rapport société civile/État.<sup>7</sup>

Dans le cadre plus précis de la réforme de la santé, on retrouve sur cette scène le jeu de différents acteurs, soit celui des groupes

entre eux, soit celui des groupes avec ou vis-à-vis le gouvernement. À différents moments, il s'agit d'un groupe en particulier ou encore d'un regroupement ou d'une coalition de divers groupes.

Pourquoi utiliser un tel concept? « Parce qu'il rend plus intelligible la résistance des "micro-pouvoirs" de la société civile au monopole étatique. [Il permet] de cerner les rapports de pouvoir entre les divers acteurs »<sup>8</sup>. Voyons maintenant les acteurs de la scène privée. Il importe ici de distinguer les acteurs en général d'un type particulier d'acteurs, les coalitions.

#### 1. Les acteurs de la scène privée

Dans le cadre de la réforme des services de santé et des services sociaux, les acteurs qui interviennent sur la scène privée font partie de groupes. Ces groupes sont généralement, mais pas nécessairement, composés de professionnels de la santé. D'autres groupes, tels les associations patronales (l'Association des hôpitaux du Québec, la Fédération des CLSC et autres), les associations d'établissements, les associations de consommateurs (malades) ou les groupes communautaires, sont aussi intervenus mais ils ne font pas l'objet de notre étude. La raison en est que nous avons voulu concentrer notre attention sur les groupes qui ont été les plus actifs et les plus présents tout au long du processus et qui ont le plus cherché, et pour certains réussi, à influencer le cours des décisions. Parmi ceux-ci, certains sont des ordres professionnels et d'autres, des syndicats ou des associations,

<sup>5</sup> Myriam SIMARD, *L'enseignement privé : 30 ans de débats*, Montréal, Éditions Thémis, 1993. Mme Simard nous a inspirés en ce qui concerne la façon de présenter les scènes et les différents acteurs. Elle-même s'inspirait des réflexions de Robert Fossaert.

<sup>6</sup> Charles TAYLOR, « Modes of Civil Society », (1990) 3 *Public Culture* 1, 95-117.

<sup>7</sup> M. SIMARD, *op. cit.*, note 5, p. 23.

<sup>8</sup> *Id.*

distinction importante à mentionner puisqu'ils ne poursuivent pas les mêmes objectifs. Les syndicats représentent les intérêts de leurs membres, alors que les ordres professionnels sont censés agir comme défenseurs de l'intérêt du public. La liste de ces ordres et syndicats se trouve en Annexe I<sup>9</sup>.

Les manifestations de ces groupes sur la scène privée prennent la forme de négociations et d'interactions entre eux ou avec le gouvernement, de publicité dans les médias, etc. Ces groupes interviennent aussi sur la scène publique lorsqu'ils témoignent en commission parlementaire.

## 2. Un type particulier d'acteur, les coalitions

À des moments précis et pour des raisons particulières, certains groupes se sont organisés en coalitions ou encore en regroupements. Ici, les groupes de professionnels interagissent en s'alliant vers un même but plutôt que de s'opposer. Toutefois, l'opposition est présente, notamment lorsqu'il s'agit d'interactions entre deux coalitions ou entre une coalition et un groupe. À notre connaissance, quatre coalitions ou regroupements se sont formés au cours du cheminement parlementaire. Ce sont :

- une coalition de 10 ordres professionnels;
- une coalition composée d'ordres professionnels et de syndicats;

- le regroupement des médecins;
- le regroupement des Directeurs de soins infirmiers et des infirmiers et infirmières.

La coalition des 10 ordres professionnels est créée en janvier 1991 et représente les professionnels du secteur clinique dans les établissements du réseau. La liste des membres de cette coalition est en Annexe II.

Ses membres critiquent généralement la vision unidimensionnelle de la santé axée sur le curatif. D'une part, ils dénoncent l'absence d'instance pour les représenter à l'intérieur des établissements; ils revendiquent la création du conseil multidisciplinaire. D'autre part, ils demandent une meilleure représentation des membres du personnel clinique professionnel au sein des conseils d'administration des établissements. Selon l'information obtenue en entrevue, l'initiative de la coalition reviendrait aux psychologues, aux physiothérapeutes et aux inhalothérapeutes. La coalition est active jusqu'à l'adoption de la loi. Des petits-déjeuners des 10 ordres sont organisés très souvent pendant le processus d'adoption de la loi. La coalition exerce des activités de lobby et est très présente lors de l'étude du projet de loi article par article en commission parlementaire.

Quant à la coalition formée d'ordres professionnels et de syndicats, elle s'est constituée au début de l'été 1991 et est active tout l'été, c'est-à-dire de juin à août 1991. Elle se compose de vingt-huit membres dont l'énumération forme l'Annexe III.

C'est une grande coalition, de composition hétérogène, qui tente généralement, selon l'information

<sup>9</sup> Les noms de certains groupes ont changé depuis la réforme, notamment les corporations professionnelles qui sont devenues des ordres depuis la modification au *Code des professions*. Nous utilisons les noms des groupes tels qu'ils existaient au moment de la réforme.

obtenue, de faire contrepoids au pouvoir des médecins. À cause de la diversité de sa composition, ses actions ne sont pas toujours soutenues par tous les membres. À titre d'exemple, les psychologues ou les physiothérapeutes s'y joignent ponctuellement pour se démarquer des médecins, mais n'adoptent pas systématiquement ses prises de positions, plus particulièrement quand il s'agit de revendications de nature plus syndicale. Cette coalition revendique notamment la création du Conseil de la santé et du bien-être. Elle est, elle aussi, active jusqu'à l'adoption de la loi.

En ce qui a trait au regroupement des médecins, il prend naissance vers la fin du mois de décembre 1990, c'est-à-dire quelques jours après la présentation du projet de loi 120. Il est composé des trois fédérations : la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et la Fédération des médecins résidents et internes du Québec (FMRIQ); et de l'Association des étudiants en médecine.

Ce regroupement est présidé par le docteur Clément Richer, alors président de la FMOQ. Bien que le regroupement soit formé des quatre grandes fédérations médicales, la Corporation des médecins du Québec (CMQ) de même que l'Association des comités des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDPQ) sont très actives et présentes aux réunions du regroupement. D'ailleurs, selon certains, le président du CMQ de l'époque, le docteur Augustin Roy, aurait été l'initiateur du groupe-

ment<sup>10</sup>. Selon les informations obtenues en entrevues, ce dernier aurait convoqué la réunion à la fin du mois de décembre dans le but de comprendre le projet de loi (l'état de la réforme) qui vient d'être déposé au début du même mois<sup>11</sup>. Le regroupement se formalise davantage vers le mois d'avril 1991 (avec l'arrivée d'un nouveau président à la FMSQ), moment où des rencontres sont organisées pour élaborer des solutions de rechange au projet de loi 120. Toujours selon l'information obtenue en entrevues, la FMSQ hésite d'abord à se joindre à ce regroupement, car elle ne demande rien de moins que le retrait du projet de loi. Mais finalement, elle se range et adhère au regroupement des médecins qui veut fournir, selon des représentants de la FMSQ, une « solution de rechange » au ministre.

Le regroupement forme donc éventuellement un front uni contre l'adoption du projet de loi tel que proposé; leur opposition porte sur des points spécifiques sur lesquels les médecins ne sont prêts à aucune concession. Selon un haut fonctionnaire, les principaux éléments de contestation comprendraient la régionalisation des budgets de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, la participation à la prise de décisions concernant les médecins ainsi que leur liberté d'instal-

---

<sup>10</sup> Les entrevues sont contradictoires sur ce point. D'autres prétendent que l'initiative du regroupement revient à la FMSQ et/ou à la FMOQ.

<sup>11</sup> La majorité des entrevues confirme que la rencontre a eu lieu aux bureaux de la Corporation des médecins du Québec.

lation<sup>12</sup>. Il est actif tout au long du processus législatif et davantage à partir de mars ou avril 1991. C'est le regroupement qui provoque les négociations de l'été de 1991.

Finalement, le regroupement des Directeurs de soins infirmiers et des infirmiers et infirmières est créé pour intervenir contre les revendications des infirmiers et infirmières auxiliaires. Il est formé à l'été 1990<sup>13</sup> et est actif à partir de cette date, jusqu'en août 1991<sup>14</sup>. Il a provoqué de nombreuses négociations avec toutes les personnes impliquées dans le

dossier des soins infirmiers, en l'occurrence entre les représentants des infirmiers et infirmières et des auxiliaires, avec les hauts fonctionnaires et la Fédération des infirmiers et infirmières du Québec.

Qu'ils agissent individuellement ou en coalitions, les groupes de la scène privée impliqués dans la réforme de la santé ont chacun leurs objectifs à atteindre et leurs moyens pour y parvenir.

## **B. La scène étatique**

En réalité, la scène politique se dédouble; elle comporte deux lieux d'action qu'il importe de distinguer : la scène politique et la scène de la fonction publique.

### **1. La scène politique et ses acteurs**

La scène politique, comme son nom l'indique, est celle où l'on retrouve les politiciens. Les interactions sur cette scène se situent entre les membres du gouvernement eux-mêmes, que cela soit entre le ministre et le Conseil des ministres ou entre le ministre et un comité ministériel en particulier. On les observe aussi entre les membres du gouvernement et ceux de l'opposition officielle.

Parmi les politiciens qui interviennent dans le cadre de la réforme, on retrouve, à des degrés d'implication divers, notamment Guy Chevrette, Robert Bourassa, Thérèse Lavoie-Roux, Marc-Yvan Côté, Rémy Trudel, Claude Ryan et Gérard D. Lévesque.

Guy Chevrette intervient, dans un premier temps, à titre de ministre de la Santé et des Services sociaux dans le gouvernement du Parti québécois. Il crée la Commission Rochon. Il agit par la suite comme représentant de l'op-

<sup>12</sup> André DICAIRE, « La réforme de la santé et des services sociaux, le fil des événements », texte présenté dans le cadre du colloque ADENAP-IAPC (Québec), Château Frontenac, le 29 septembre 1992, p. 25.

<sup>13</sup> Selon l'information obtenue lors des entrevues, la naissance du regroupement correspond à la tenue d'un colloque. Lors de ce colloque, un haut fonctionnaire aurait révélé par mégarde l'appui de la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec aux auxiliaires pour leur adhésion au Conseil des infirmiers et infirmières.

<sup>14</sup> Sur les questions liées aux infirmières et infirmiers, il est très difficile d'y voir clair, car plusieurs témoignages sont contradictoires. Voulait-on inclure les auxiliaires dans les mêmes instances décisionnelles que les infirmières? Par ailleurs, selon certains, les auxiliaires n'auraient tout de même pas réussi à obtenir le pouvoir qu'ils entrevoyaient au départ. Ils ont obtenu un sous-comité dans le Conseil des infirmiers et infirmières (CII) pour les questions de soins/activités cliniques, mais ils font partie du Conseil multidisciplinaire (CM) pour fin d'élection au conseil d'administration. Pour d'autres, les auxiliaires ont obtenu une excellente position. Selon une autre personne, on avait promis une place aux auxiliaires au sein du CII avant que la fuite ait lieu au colloque.



position, notamment lors de la Commission parlementaire sur l'avant-projet de loi à titre de critique de l'opposition en matière de santé et de services sociaux.

Robert Bourassa est aussi un acteur de cette scène politique. Il est premier ministre du Québec pendant la majeure partie de la réforme. Comme nous le verrons, il aurait joué, selon certains, un rôle non négligeable, surtout vers la fin de la réforme, à l'été 1991.

Thérèse Lavoie-Roux, quant à elle, devient ministre de la Santé et des Services sociaux dans le gouvernement du Parti libéral; elle succède à Guy Chevrette en 1985. Elle réagit au Rapport Rochon avec son document d'orientations et elle présente, juste avant son départ de la vie politique, un avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux.

Marc-Yvan Côté succède à Thérèse Lavoie-Roux au poste de ministre de la Santé et des Services sociaux, à l'automne 1989. C'est lui qui amène la réforme à terme.

Rémy Trudel, quant à lui, intervient comme membre de l'opposition, plus particulièrement à titre de critique officiel en matière de développement communautaire. Tout comme Guy Chevrette, il est présent tout au long de la réforme.

Finalement, les ministres responsables de certains comités ont aussi eu un rôle à jouer. On peut notamment mentionner Claude Ryan et Gérard D. Lévesque, le premier comme président du Comité ministériel permanent du développement culturel et social et le second, à titre de président du Comité ministériel sur le développement économique.

## **2. La scène de la fonction publique et ses acteurs**

La scène de la fonction publique englobe tous les hauts fonctionnaires qui jouent un rôle important dans l'élaboration des grandes politiques de l'État ainsi que dans leur mise en oeuvre. Nous pouvons mentionner ceux du ministère de la Santé et des Services sociaux, notamment ceux de la Direction de la planification et de l'évaluation. Certains fonctionnaires du ministère de la Justice sont aussi impliqués.

Parmi les hauts fonctionnaires, il faut distinguer les sous-ministres, qu'ils soient en titre, adjoints ou associés, des autres employés du ministère.

La fonction publique n'est évidemment pas un univers homogène. On sait qu'il y existe de nombreuses luttes de pouvoirs. À tous les niveaux s'y forment des clans, des regroupements, des coalitions soit pour défendre et promouvoir différentes options politiques, soit pour défendre des intérêts personnels. Même si notre étude n'a pas mis l'accent sur les rapports de pouvoirs entre fonctionnaires, il est possible d'affirmer qu'ils sont présents sur la scène étatique, comme ailleurs<sup>15</sup>.

<sup>15</sup> C'est ainsi que certains groupes, tels les médecins, trouvent une oreille sympathique au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux, auprès de certains fonctionnaires convaincus qu'on ne peut faire la réforme sans les médecins. À d'autres moments, ces mêmes groupes se butent à des obstacles infranchissables quand un des hauts fonctionnaires très influents décide qu'ils n'obtiendraient rien. On peut donc dire que, dans la réforme de la santé, tout comme l'affirme Mme Simard dans la réforme de

### 3. La scène publique

La scène publique est celle où les acteurs de la scène privée et de la scène politique se rencontrent de façon officielle, dans les forums publics. C'est la scène « interactive ». Il y a deux lieux de rencontre privilégiés : la Commission parlementaire sur l'avant-projet de loi et l'étude en commission du projet de loi, article par article. La Commission sur les sages-femmes, qui a précédé les deux autres, a constitué un autre lieu de rencontre des différents acteurs sur la scène publique. Cette dernière n'a pas été analysée plus en profondeur dans le cadre de notre étude, mais nous y référons à l'occasion. Elle fut l'occasion de la première confrontation entre le ministre Côté et le pouvoir médical, mais sans la passion et l'intensité que le projet de loi 120 allait ensuite susciter.

#### 1. La Commission parlementaire sur l'avant-projet de loi

La Commission parlementaire sur l'avant-projet de loi a lieu à l'hiver 1990, plus précisément du 23 janvier au 11 avril. Elle se déroule dans le cadre de la Commission permanente des affaires sociales.

Au total, 266 groupes déposent un mémoire et 175 sur 178 invités sont entendus pendant les 26 jours d'audition de la commission<sup>16</sup>. Les groupes qui manifestent un intérêt proviennent majoritairement du secteur de la santé

---

l'enseignement privé, l'État n'est pas homogène : M. SIMARD, *op. cit.*, note 5, p. 22.

<sup>16</sup> Guy CHEVRETTE, discours de clôture, CAS-2240.

et des services sociaux. La population et les usagers sont très peu représentés<sup>17</sup>.

#### 2. L'étude article par article du projet de loi en commission parlementaire

L'étude article par article du projet de loi constitue un deuxième lieu de rencontre des différents acteurs de la scène privée et de la scène étatique. Respectant la procédure d'adoption normale d'un projet de loi, le projet de loi sur les services de santé et les services sociaux passe par l'étape du renvoi en commission pour une étude détaillée article par article. Le projet est donc ainsi étudié du 19 mars 1991 au mois de juin 1991 et pendant quelques jours à la fin du mois d'août 1991<sup>18</sup>.

Nous reviendrons longuement sur ces deux lieux de rencontre des acteurs du processus législatif.

### II. La genèse de la réforme

Au début des années 1980, l'idée d'une réforme est dans l'air. Il devient alors vite nécessaire d'apporter des modifications au système de santé et de services sociaux. Nous décrivons, d'une part, les motifs de la réforme et, d'autre part, les grands moments de réflexion menant à la présentation de l'avant-projet de loi, en juin 1989.

---

<sup>17</sup> Marc-Yvan CÔTÉ, discours de clôture, CAS-2245.

<sup>18</sup> Les détails relatifs à ces deux commissions sont vus plus loin.

### A. Les motifs de la réforme<sup>19</sup>

Nous tentons de reconstituer, dans les lignes qui suivent, les raisons auxquelles on a pu avoir recours pour justifier la réforme, raisons qui mènent à la création de la commission Rochon.

Un haut fonctionnaire du ministère de la Santé de l'époque s'exprime comme suit :

*Le système de santé et de services sociaux ayant été mis en place pour l'essentiel au début des années 1970, à la suite des recommandations du Rapport CASTONGUAY-NEPVEU, le moment était venu, dès le début des années 1980, d'en faire un premier bilan.*<sup>20</sup>

Ce même haut fonctionnaire mentionne que des signes d'essoufflement du système de santé et des services sociaux se font sentir. Il évoque plusieurs lacunes du système<sup>21</sup>. La demande de nouveaux équipements et de nouvelles technologies se fait de plus en plus forte. En effet, les besoins changent, la population vieillit, on connaît les transformations sociales des dernières années et les rapports de force s'accroissent. « On note également des problèmes de fonctionnement du réseau, tels qu'un partage inefficace des responsabilités qui se traduit par un manque de complémentarité, une concurrence entre les établissements, une duplication des fonctions et

par un seul niveau d'arbitrage qui est celui du ministère »<sup>22</sup>.

L'insatisfaction de la population et des gens qui œuvrent au sein du réseau public se fait sentir, notamment en ce qui a trait à l'engorgement des urgences : on assiste à des crises successives et récurrentes dans les urgences, largement médiatisées. Les listes d'attente en matière de protection de la jeunesse, de services de réadaptation pour personnes handicapées ou de services spécialisés dans les établissements fut l'objet de nombreuses récriminations<sup>23</sup>. On constate donc que le système a du mal à s'adapter aux nouvelles réalités.

Parmi les facteurs qui sont énumérés par nos informateurs pour justifier une réforme, on compte aussi la crise économique, la moins grande capacité de payer du gouvernement québécois et le désengagement graduel du gouvernement fédéral en ce qui a trait aux paiements de transferts dans le secteur de la santé.

Devant ces changements et ces nouvelles contraintes, en partie hérités de la réforme entreprise en 1970 et de tous les bouleversements que celle-ci imposait, le ministère lui-même se sent dépassé par la tâche qui lui est dévolue. Les hauts fonctionnaires de l'époque, que nous avons interviewés, sont très sévères sur l'incapacité dont faisait alors preuve le ministère pour faire face à la crise croissante. Un ancien sous-ministre, en poste au début des années 1980, dit d'emblée que

<sup>19</sup> La présente partie se fonde sur l'information fournie par deux hauts fonctionnaires ayant œuvré au ministère de la Santé et des Services sociaux à deux périodes distinctes.

<sup>20</sup> A. DICAIRE, *op. cit.*, note 12, p. 4 et 5.

<sup>21</sup> *Id.*, p. 4-7.

<sup>22</sup> *Id.*, p. 7.

<sup>23</sup> Le problème des listes d'attente ressort souvent des entrevues réalisées avec les professionnels de la santé (surtout avec les médecins).

« le ministère n'allait nulle part et il fallait provoquer un changement ». Lui-même rapporte avoir alors présenté au Secrétaire général de l'époque une proposition voulant que le temps était venu de mettre à l'ordre du jour une sorte de « Castonguay n° 2 ».

Un autre haut fonctionnaire dit qu'on peut attribuer cet essoufflement à deux principales raisons qui sont interreliées : les difficultés de gérer le réseau à partir du ministère et le manque de vision de ce dernier. En effet, dit-il, « les planifications et programmations au ministère n'atteignaient pas leur but ». Pour lui, ceci est causé par le fonctionnarisme de l'époque, caractérisé notamment par le fait que la planification était faite selon l'idée des fonctionnaires<sup>24</sup>. Toutes les solutions, dit-il aussi, se retrouvent à ce moment dans l'argent. Cet état de faits a comme conséquence de faire augmenter le déficit en matière de santé.

Il faut noter que le mouvement de réforme que connaît le Québec à cette époque correspond au mouvement mondial de réforme. En effet, au même moment, partout à travers le monde, on s'interroge sur la façon d'organiser les soins pour faire face aux défis de l'an 2000<sup>25</sup>. C'est une période où

la structuration sociale du champ de la santé est très menacée (économie, nouvelles disciplines en médecine). Il importe dès lors de voir les réflexions qui s'ensuivent.

### **B. La commission d'enquête Rochon sur les services de santé et les services sociaux**

Partant des hauts fonctionnaires, du moins selon leurs témoignages, l'idée qu'une réforme s'imposait aurait fait son chemin jusqu'à Guy Chevrette, alors ministre de la Santé et des Services sociaux. En 1985, ce dernier procède à la création de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux<sup>26</sup>.

Le dernier grand exercice de réflexion concernant les services de santé et les services sociaux remonte à la Commission Castonguay-Nepveu à la fin des années 1960. Cet exercice avait mené à la mise en place du système de santé québécois par l'adoption de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* de 1971.

Lorsqu'une réforme a des répercussions majeures sur un grand nombre de citoyens, il est commun de procéder d'abord à la création d'une commission d'enquête pour identifier les problèmes et tenter d'y trouver des solutions. L'exercice se justifiait donc très bien dans un secteur aussi névralgique et complexe. C'est pour cette dernière raison aussi que l'exercice doit être démocratique et selon un haut fonctionnaire « il ne peut donc pas

<sup>24</sup> « Ils ont par exemple géré les parcs sans nécessairement tenir compte d'une certaine vision, c'est-à-dire sans voir que les besoins changeaient et sans penser à des façons d'y faire face ».

<sup>25</sup> L'Organisation mondiale de la santé s'est penchée sur la question lors de la conférence d'Alma-Ata en 1978 : *Les soins de santé primaires : rapport*, Genève, OMS, 1978; voir aussi : ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Les buts de la santé pour tous* :

*but de la stratégie régionale européenne de la santé pour tous*, Copenhague, Bureau régional de l'Europe, 1985.

<sup>26</sup> Créée par le décret 1156-85.

se faire [qu']à l'interne, par des fonctionnaires », car ce secteur touche beaucoup de groupes et implique une très grande dépense budgétaire, soit environ un tiers du budget total du gouvernement.

Une consultation générale s'effectue donc à travers le Québec pendant cette période. Plusieurs groupes présentent leur point de vue devant la commission, principalement les mêmes qui, un peu plus tard, viendront faire des représentations devant la ministre Thérèse Lavoie-Roux et plus tard encore, devant la Commission parlementaire sur l'avant-projet de loi.

### **1. La composition et le mandat de la commission d'enquête**

Le 18 juin 1985, un mandat d'une durée de 30 mois<sup>27</sup> est confié à toute une équipe formée de douze membres. Le 29 janvier 1986, la ministre Thérèse Lavoie-Roux réduit l'équipe à six membres<sup>28</sup> et nomme un nouveau commissaire<sup>29</sup>. La composition de la commission fait des mécontents. Presque tout le monde mentionne cet élément en entrevue<sup>30</sup>.

<sup>27</sup> La fin du mandat de la commission est prévue pour le 30 septembre 1987 et la date est par la suite révisée au 18 décembre 1987. Voir à ce sujet le décret 1476-87, adopté le 23 septembre 1987. Pour plus de détails, voir : Rapport Rochon, p. 706 et suiv.

<sup>28</sup> Le 29 janvier 1986, par le décret 57-86.

<sup>29</sup> Jean-Pierre Duplantie.

<sup>30</sup> La nouvelle ministre retire de la commission les deux médecins cliniciens. Certains nous disent avoir rencontré la ministre à ce moment précis, car ils désapprouvaient ce changement dans la composition.

La commission est présidée par Jean Rochon<sup>31</sup>.

Plus largement, la commission doit effectuer « une analyse des grands phénomènes sociaux qui ont métamorphosé le Québec au cours des dernières années »<sup>32</sup> pour en arriver à des orientations à suivre. La commission a le mandat d'examiner les questions relatives au fonctionnement et au financement du système. En janvier 1986, son mandat est révisé pour spécifier le niveau du débat quant au financement. On demande à la commission de se pencher non seulement sur le niveau de financement, mais aussi sur les modes possibles de financement. De plus, le mandat de la commission est élargi à tous les services sociaux. La période de consultation s'échelonne de 1986 à 1987, pendant laquelle « 6 000 personnes et 400 experts » sont entendus<sup>33</sup>. Aux termes des travaux de la commission, un rapport est rendu public.

### **2. Le rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Rapport Rochon)**

Le Rapport Rochon est rendu public le 18 décembre 1987<sup>34</sup>, au terme d'une enquête de près de 30 mois et aux coûts de 6 millions \$. Il est transmis à Thérèse Lavoie-

<sup>31</sup> Il est médecin spécialisé en santé publique. Il a œuvré au sein de l'Organisation mondiale de la santé.

<sup>32</sup> GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Publications du Québec, 1988 (ci-après Rapport Rochon), p. XII.

<sup>33</sup> *Id.*, p. IX.

<sup>34</sup> Ce n'est qu'en 1988 qu'il sera publié.

Roux, alors ministre de la Santé et des Services sociaux.

Le Rapport pose le diagnostic de façon catégorique : « le système est pris en otage par les groupes d'intérêts »<sup>35</sup>. Pour la commission, cela s'explique « par l'absence d'objectifs de résultats et par l'absence d'intersectorialité »<sup>36</sup>. De plus, ce n'est pas tant l'existence de ces groupes à l'intérieur du système de santé qui pose problème, mais leur effet paralysant sur le système. C'est pourquoi, selon la commission, il faut voir à fixer des objectifs de résultats, cesser de mettre l'accent sur les rapports de force et replacer la personne au centre du système<sup>37</sup>.

C'est donc dans l'esprit de vouloir instaurer « une nouvelle base de discussion, d'échange et de débat [afin...] d'établir un nouvel équilibre des rapports de force qui parviennent à recentrer le système sur ses véritables objectifs »<sup>38</sup> que sont faites plusieurs recommandations. Ces dernières sont fondées sur les orientations fondamentales suivantes :

- *un système centré sur l'atteinte de résultats;*
- *une approche intersectorielle tant aux niveaux local, régional que provincial;*
- *la participation des citoyens dans les instances décisionnelles, les instances consultatives et les instances de concertation du système;*

- *l'adaptation des objectifs et des moyens en fonction des réalités régionales;*
- *une approche de population permettant d'agir sur les facteurs déterminants de problèmes;*
- *un système public sur les plans du financement et du fonctionnement.*<sup>39</sup>

Le Rapport mentionne aussi la nécessité d'en arriver à un consensus pour sauvegarder les acquis du système dont le Québec s'est doté au début des années 1970<sup>40</sup>.

### **3. La réception du Rapport par le ministère de la Santé et des Services sociaux**

Selon les entrevues réalisées avec quelques hauts fonctionnaires, le ministère, sous Thérèse Lavoie-Roux, accepte généralement le diagnostic de Rochon : « l'esprit de Rochon est retenu par Lavoie-Roux ». Cependant, la ministre n'est pas d'accord avec toutes ses recommandations. Elle est certes d'accord avec le principe de la décentralisation, mais ne veut pas le pousser aussi loin; c'est pourquoi elle est contre l'élection des membres des régies régionales au suffrage universel et le pouvoir de taxation<sup>41</sup>. Toujours selon un haut fonctionnaire, elle est insatisfaite du rapport qui demeure trop général en ce qui a trait aux remèdes aux problèmes soulevés et qui suggère des recommandations sur le financement qu'elle

<sup>35</sup> Rapport Rochon, *op. cit.*, note 32, p. 407.

<sup>36</sup> *Id.*, p. 428.

<sup>37</sup> *Id.*

<sup>38</sup> *Id.*, p. XII.

<sup>39</sup> *Id.*, p. 688.

<sup>40</sup> *Id.*, p. 683.

<sup>41</sup> A. DICAIRE, *op. cit.*, note 12, p. 14 et 15.

n'est pas prête à entériner<sup>42</sup>. En plus, elle ne croit pas qu'il est opportun d'ouvrir les lois relatives à l'organisation professionnelle, du moins pour l'instant, car cette question est considérée par certains comme un « baril de poudre ».

Les représentants du corps médical, en général, nous ont dit que la ministre Lavoie-Roux avait reçu très froidement le Rapport Rochon. Il faut donc constater que les entrevues nous fournissent des informations contradictoires sur ce point; tout dépend du groupe et du point de vue défendu!

Dans le but de revoir certains points sur lesquels elle est en désaccord avec le Rapport Rochon, Thérèse Lavoie-Roux entreprend au printemps 1988 une tournée provinciale. Plusieurs groupes présentent alors des mémoires.

Le résultat de cette démarche se traduit par la publication de ses Orientations. La réaction de Lavoie-Roux est couchée dans ce dernier document.

### C. Le document d'Orientations de Thérèse Lavoie-Roux (Livre Blanc)<sup>43</sup>

C'est en avril 1989 que le Livre Blanc de la ministre Thérèse Lavoie-Roux est rendu public. Un Livre Blanc, par définition, « expose une intention législative » ou

<sup>42</sup> *Id.*, p. 15. Sur ce point, les informations sont contradictoires. Un haut fonctionnaire nous dit qu'elle reprend les recommandations du Rapport Rochon.

<sup>43</sup> Aussi appelé Livre Blanc ou Orientations. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec. Orientations*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989.

la politique du gouvernement, c'est-à-dire la solution privilégiée parmi les diverses options pour faire face aux difficultés à résoudre dans le cadre d'une réforme touchant des secteurs importants<sup>44</sup>.

#### 1. Les objectifs

Deux principaux buts sont affirmés dans le document d'Orientations : « apporter des solutions aux problèmes actuels des services de santé et des services sociaux et orienter le système de façon à pouvoir répondre aux besoins de demain »<sup>45</sup>.

Les Orientations « visent à réorienter plutôt qu'à réorganiser le système québécois de santé et de services sociaux »<sup>46</sup>. On veut donc maintenir le cap sur l'approche adoptée au début des années 1970, c'est-à-dire préserver l'universalité, la gratuité et l'accessibilité des services. Mais pour ce faire, mentionne le document, il faut exercer plus de contrôle sur le plan des dépenses publiques<sup>47</sup>.

#### 2. Le contenu

Huit orientations sont retenues et plusieurs mesures spécifiques viennent préciser le Rapport Rochon dans le but de réorienter les services de santé et les services sociaux. Parmi les grandes orientations, qui reprennent en grande partie celles énoncées dans le Rapport Rochon, précisons la nécessité de prévoir une politique de santé et de services sociaux. Madame Lavoie-Roux va toutefois

<sup>44</sup> Henri BRUN et Guy TREMBLAY, *Droit constitutionnel*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1982, p. 233.

<sup>45</sup> Livre Blanc, *op. cit.*, note 43, p. 9.

<sup>46</sup> *Id.*, p. 139.

<sup>47</sup> *Id.*

un peu plus loin sur ce point et prévoit les objectifs d'une politique de santé plutôt qu'une simple description de la santé et du bien-être comme l'avait fait le Rapport Rochon. Parmi les orientations, il faut aussi noter la nécessité d'impliquer davantage les citoyens dans la prise de décision en matière de santé et de services sociaux ainsi que le besoin de créer un palier régional favorisant l'adaptation des soins aux besoins des différentes régions. Dans le plan de réalisation de ses Orientations, Thérèse Lavoie-Roux envisage des changements législatifs. Ces derniers touchent non seulement à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, mais aussi à certaines lois connexes telles que la *Loi sur la santé publique*, la *Loi sur la protection du malade mental* et la *Loi du ministère de la santé et des services sociaux*<sup>48</sup>. Quant aux lois professionnelles, elle suggère seulement une réévaluation de la réglementation par le ministre responsable.

Le chapitre deux du Livre Blanc constitue une réponse à des besoins urgents auxquels Rochon n'a pas touché<sup>49</sup>, notamment celui de l'accessibilité aux services (les problèmes des listes d'attente, etc.). Ces réflexions sont traduites sous la ministre Lavoie-Roux par un avant-projet de loi.

#### D. L'avant-projet de loi

C'est donc au terme d'un cheminement qui s'étend de juin 1985 à juin 1989 (en passant par une commission d'enquête et un

Livre Blanc) qu'un avant-projet de loi est présenté<sup>50</sup>.

#### 1. La présentation

C'est d'abord Thérèse Lavoie-Roux qui, le 21 juin 1989<sup>51</sup>, procède à la présentation de l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux. Ce dernier est le résultat du travail d'un petit noyau de hauts fonctionnaires du ministère de la Santé et des Services sociaux et principalement de légistes, selon l'information obtenue lors des entrevues. L'avant-projet contient 400 articles. Les entrevues révèlent que l'avant-projet a été rédigé très rapidement et se présentait davantage comme une ébauche. Un représentant du corps médical nous a dit que, selon lui, l'avant-projet de madame Lavoie-Roux était beaucoup plus respectueux de la position des médecins; un autre a ajouté que l'avant-projet n'avait carrément pas eu de suites ou qu'il avait été mis de côté très vite, car il était faible et qu'il ne s'attaquait pas aux vrais problèmes, par exemple, à la question des listes d'attentes ou aux patients de longue durée dans des lits de courte durée.

Au moment de la présentation de l'avant-projet de loi, une motion est adoptée par l'Assemblée nationale pour que la Commission des affaires sociales procède à une consultation générale dans le cadre de l'étude de l'avant-projet de

<sup>48</sup> *Id.*, p. 143.

<sup>49</sup> *Id.*, p. 39 et suiv.

<sup>50</sup> L'avant-projet de loi n'est pas une procédure prévue par le règlement de l'Assemblée nationale.

<sup>51</sup> Lors de la 33<sup>e</sup> législature, à la 2<sup>e</sup> session.



loi<sup>52</sup>. Mais, à partir de là, le processus de réforme est temporairement interrompu pour faire place aux élections de l'automne 1989.

## **2. L'avant projet de loi : un choix au service de la scène politique**

Selon certains témoignages, le contexte politique a eu un impact sur le choix de présenter un avant-projet plutôt qu'un projet de loi. Un ou une ministre aime toujours laisser sa marque. À cette époque, les élections approchent; elles auront lieu le 25 septembre 1989 et Thérèse Lavoie-Roux a décidé de quitter la vie politique. Les légistes (avec un petit noyau de fonctionnaires) procèdent donc rapidement à la rédaction d'un avant-projet qui, selon les témoignages obtenus, aura une fonction plus personnelle pour la ministre que foncièrement politique. Selon un haut fonctionnaire :

*L'avant-projet avait une importance, mais sachant qu'il y avait des élections, c'était plus pour remercier Lavoie-Roux pour ses années de services. Elle ne pouvait pas partir sans projet de loi, juste avec son document et cela a été la même chose pour les sages-femmes.*

Jusqu'à maintenant, nous avons vu comment a émergé le projet de réforme qui s'est traduit par la présentation, par Thérèse Lavoie-Roux, d'un avant-projet de

loi. Cependant, nous sommes pourtant encore loin de la loi de 1991, telle que nous la connaissons aujourd'hui. Nous verrons dans la deuxième partie de ce texte comment le projet de réforme sera modifié.

Les caractéristiques suivantes nous paraissent dominer cette première phase de l'histoire de la réforme. C'est d'abord l'acceptation d'une réalité : la première réforme du système de santé, qui date d'à peine une quinzaine d'années, a été à l'origine de très grands changements. Le visage du système de santé québécois s'est rapidement et profondément modifié au cours de ces années, notamment par suite de l'intervention massive de l'État, du passage d'un système très largement privé à un système à peu près entièrement public et l'accès universel aux services de santé pour l'ensemble de la population. Un tel changement de cap ne pouvait se produire sans perturbations et sans ratés. Le temps était venu de faire le point et d'opérer les redressements nécessaires. Mais la perception de la crise du système ne débouchait pas sur une vision claire des redressements nécessaires. Il était possible de reconnaître le malaise, mais les solutions échappaient.

Cette prise de conscience fut particulièrement vive au sein du ministère, notamment à la direction du ministère. Et elle s'accompagnait d'un sentiment croissant que le ministère lui-même n'avait pas la solution, qu'il était même un élément du problème, en tout cas qu'il était dépassé par la situation. Cette prise de conscience logeait surtout chez ceux que nous avons appelés plus haut les acteurs de la fonction pu-

<sup>52</sup> Selon cette même motion, les mémoires doivent être reçus au plus tard le 1<sup>er</sup> septembre 1989 et le ministre de la Santé doit être membre de la commission pour cette occasion : Assemblée nationale, *Journal des débats*, 2<sup>e</sup> session, 33<sup>e</sup> législature (Québec), 21 juin 1989, p. 6944 (ci-après les Débats).

blique, au sein de la scène étatique.

Ce contexte permet de comprendre que soit apparu et se soit répandu un discours empreint d'une idéologie démocratique de la participation. C'est cette idéologie qui donne le ton au Rapport Rochon et qui se retrouve dans le document d'Orientations de la ministre Lavoie-Roux. On ne peut compter, pour résoudre la crise, ni sur les ressources du ministère, ni sur les professionnels de la santé dont on juge qu'ils tiennent le système en otage. La solution se présente : ouvrir la direction à une plus large participation de la clientèle et de la population, en déconcentrant la gestion par un partage des responsabilités avec un palier régional décisionnel. L'idéologie de la démocratie nous apparaît ainsi dotée d'une instrumentalité fonctionnelle : elle va servir à sauver la situation, à redonner un second souffle à la réforme jugée en péril.

Cependant, entre ce discours de l'idéologie démocratique de la participation et la réalité des comportements, un écart se creuse. C'est à un groupe très restreint de fonctionnaires qu'est finalement confié le soin de rédiger un avant-projet de loi, dont on reconnaît qu'il avait surtout comme intention de satisfaire les intérêts de ce que nous avons appelé plus haut la scène politique à l'intérieur de la scène étatique.

### **III. La reformulation du projet de réforme**

L'arrivée d'un nouveau ministre, la tenue de la Commission parlementaire sur l'avant-projet de loi et les nombreuses réflexions et négociations parallèles influence-

ront la reformulation du projet de réforme.

#### **A. L'arrivée d'un nouveau ministre**

##### **1. La démarche du ministre Côté**

À la suite des élections de l'automne 1989, dès sa nomination au poste de ministre de la Santé et des Services sociaux<sup>53</sup>, Marc-Yvan Côté entreprend une tournée du ministère. Il visite chacun des bureaux du ministère, sans discrimination hiérarchique ou autre. Selon plusieurs témoignages concordants, il rencontre tout le monde.

De plus, le ministre établit la liste de ses priorités. Connaissant les conclusions du Rapport Rochon quant au pouvoir de certains groupes de professionnels, il décide de débiter par la Commission parlementaire sur les sages-femmes qu'il tiendra à l'automne 1989 plutôt que de s'attaquer au gros morceau de la réforme proprement dite. À ce moment, un haut fonctionnaire le met en garde sur le dossier des sages-femmes : « c'est un dossier pour entrer et un dossier pour sortir » du ministère. Le ministre est d'opinion que ce dossier lui permettra de prendre le pouls du corps médical et en même temps de donner un signal que le secteur social sous la réforme deviendrait un axe assez important. La Commission parlementaire sur les sages-femmes allait démontrer au ministre qu'il existait un consensus assez large

<sup>53</sup> Marc-Yvan Côté ne voulait apparemment pas du ministère de la Santé et des Services sociaux.

en faveur de la loi, sauf de la part des médecins<sup>54</sup>.

Par ailleurs, en ce qui a trait au projet de réforme, le ministre constate, lors de la tournée du ministère, que peu de fonctionnaires connaissent le document d'orientations de sa prédécesseure, madame Lavoie-Roux. De plus, l'avant-projet de loi ne fait pas l'unanimité au sein du ministère, parce qu'il est l'œuvre de quelques hauts fonctionnaires et cela n'est pas sans déplaire à plusieurs.

## **2. Les décisions qui en ressortent**

En décembre 1989, Marc-Yvan Côté redépose l'avant-projet de Thérèse Lavoie-Roux<sup>55</sup>, sans y apporter aucune retouche. C'est une procédure normale, au début d'une nouvelle session, de redéposer les projets de loi non sanctionnés qui étaient morts au feuilleton à la fin de la session précédente. Ce qui est particulier ici, c'est qu'un nouveau ministre est en poste et qu'il ne se sent pas lié par l'avant-projet qu'il redépose. C'est ainsi que l'avant-projet est déposé deux fois, mais avec deux visées différentes. La ministre Thérèse Lavoie-Roux l'avait déposé pour laisser quelque chose à la fin de son mandat, tandis que le ministre Marc-Yvan Côté le redépose pour assurer la continuité des politiques de son parti, mais surtout avec l'intention de

s'en servir comme un outil parmi d'autres, comme introduction au dossier de la santé, pour se donner le temps de se forger une opinion.

Désirant, selon lui, favoriser une plus grande participation des fonctionnaires au sein du ministère, Marc-Yvan Côté organise, en janvier 1990, une première rencontre de travail pour permettre aux hauts fonctionnaires responsables de la rédaction de l'avant-projet de loi de présenter l'avant-projet aux autres fonctionnaires du ministère.

C'est notamment Paul Lamarque, alors sous-ministre adjoint à la planification et à l'évaluation, qui présente les grandes lignes de l'avant-projet lors de cette première rencontre. Suite aux réactions obtenues, Marc-Yvan Côté forme des groupes de travail pour impliquer davantage de fonctionnaires. Pour lui, il est impensable de mettre en place une réforme sans impliquer le plus grand nombre possible de fonctionnaires : à ses yeux, il sera très difficile de faire appliquer une réforme par des fonctionnaires qui n'y ont pas participé. Vers les mois de mars ou d'avril 1990, il organise notamment une rencontre des fonctionnaires au Manoir Richelieu. Il y aura plusieurs autres rencontres. Déjà, c'est le début d'un nouveau projet de loi. Tout cela prend place parallèlement à la tenue des auditions de la Commission parlementaire sur l'avant-projet de loi.

## **B. La consultation sur l'avant-projet de loi**

### **1. Les objectifs**

Généralement, une commission parlementaire permet aux indivi-

<sup>54</sup> La Commission parlementaire sur les sages-femmes apparaissait au nouveau ministre un forum riche en information, qui lui permettait de mieux comprendre le contexte et les enjeux de la réforme à entreprendre ou à poursuivre.

<sup>55</sup> Lors de la 34<sup>e</sup> législature, à la 1<sup>re</sup> session.

pus ainsi qu'à certains groupes intéressés de faire valoir leur position sur un projet de loi ou même avant l'adoption d'un projet de loi, par exemple sur un Livre Blanc<sup>56</sup>. En tenant une commission parlementaire sur l'avant-projet, on permet de nouveau aux groupes intéressés de se démarquer sur les solutions et de faire valoir leurs points de vue, mais avec ceci de particulier que le ministre semble déjà se distancier en partie de l'avant-projet. De plus, dans ce cas-ci, la tenue de la commission parlementaire permet au nouveau ministre de prendre connaissance du dossier et constitue ce qu'il considère être une excellente entrée en matière pour lui.

Cependant, Marc-Yvan Côté décide de ne pas faire porter la commission parlementaire directement ou exclusivement sur l'avant-projet de loi, bien que ce soit bien ce dernier qui soit à l'ordre du jour de la commission. Tel que déjà précisé, la Commission parlementaire sur les sages-femmes, véritable introduction au dossier de la santé<sup>57</sup>, lui a déjà

permis de se faire une opinion du dossier.

Dans son discours d'ouverture à la Commission parlementaire sur l'avant-projet de loi, Marc-Yvan Côté précise que deux constats se dégagent. Il existe un attachement au système et il faut trouver des solutions pour adapter les structures aux nouveaux besoins<sup>58</sup>. Il annonce d'entrée de jeu qu'il orientera la commission parlementaire sur la recherche de ces solutions. Dans son esprit, la commission parlementaire ne porte donc pas strictement sur l'avant-projet; le ministre pense déjà à la forme que pourrait prendre le prochain projet de loi.

Dans ce discours, Marc-Yvan Côté, s'exprime comme suit :

*J'invite tous les membres de la commission et les groupes qui nous feront des représentations au cours des prochaines semaines à dépasser les questions purement structurelles pour aborder également des questions de fond reliées aux véritables besoins de nos clientèles et de toute la population en général. C'est qu'il faut bien comprendre que pour la mise en œuvre des orientations que le gouvernement propose, la voie n'est pas toute tracée d'avance, qu'il n'existe pas dans tous les cas un modèle idéal. Nous savons déjà que si la grande majorité convient de l'opportunité des orientations que nous avons adoptées, plusieurs s'interrogent sur l'opportunité des moyens choisis. J'assure donc à l'avance tous et chacun d'une écoute très atten-*

<sup>56</sup> Voir les articles 118 et 118a du *Règlement de l'Assemblée nationale* ainsi que les règles de pratique de 1971, tels que cités dans H. BRUN et G. TREMBLAY, *op. cit.*, note 44, p. 233.

<sup>57</sup> Selon un haut fonctionnaire, la Commission parlementaire sur les sages-femmes permet à Marc-Yvan Côté d'entamer une « réouverture vers l'alternatif et de commencer à "challenger" le monopole du pouvoir des médecins. C'est une amorce de repositionner la pratique médicale dans l'ensemble de la dispensation des soins de santé au Québec, comme cela se fait partout. Plusieurs des questions ont émergé chez les sages-femmes. La volonté de réouvrir avec les médecins apparaît avec les sages-femmes ».

<sup>58</sup> Marc-Yvan CÔTÉ, discours d'ouverture à la Commission parlementaire sur l'avant-projet de loi, CAS-259 et 260.

*tive et j'invite tout le monde à une franche discussion.*<sup>59</sup>

Le ministre suggère un cadre d'analyse relié aux quatre problèmes ressortant du Rapport Rochon, pour tenter de trouver des solutions :

1. *Les obstacles à l'accessibilité aux services, d'ordre géographique – la mauvaise répartition territoriale des ressources –, culturel, organisationnel – listes d'attente et difficulté à répondre aux besoins en émergence, tels sida, violence conjugale, etc.;*
2. *Le manque de complémentarité et de concertation entre les professionnels de la santé et entre les établissements, les organismes communautaires et le privé;*
3. *La démotivation et la dévalorisation des ressources humaines du réseau;*
4. *Les inégalités dans l'état de santé des populations deservies.*<sup>60</sup>

À ces quatre problèmes majeurs, il ajoute six tendances devant être prises en compte dans la réforme :

1. *le vieillissement de la population;*
2. *le changement profond de la structure familiale;*
3. *la montée des organismes communautaires;*
4. *la montée des communautés culturelles;*
5. *le développement des identités régionales;*
6. *le désir et le souci croissant de la population de vivre*

*dans un environnement sain, générateur de qualité de vie.*<sup>61</sup>

De plus, il annonce ses intentions :

*La production de services est devenue le centre principal des préoccupations du réseau au détriment des résultats à atteindre. Elle est tellement au centre, que procurer des services de qualité accessibles et continus est devenu un objectif en soi.[...] Voilà donc pourquoi il m'apparaît essentiel de modifier la dynamique du système dans le sens d'objectifs à atteindre et non pas celui d'un volume toujours plus grand de services à dispenser.*<sup>62</sup>

Ceci est d'ailleurs confirmé dans son discours de clôture de la commission :

*[J]e m'étais fixé comme objectif d'écouter les points de vue de chacun avec toute l'ouverture d'esprit possible, d'explorer toutes les pistes de solution de façon franche et directe, de même que de prendre les engagements nécessaires le plus rapidement possible pour que l'on puisse passer à l'action.*<sup>63</sup>

L'approche adoptée par Marc-Yvan Côté amène des réactions diverses parmi les groupes de professionnels. Certains fondent leur argumentation strictement sur l'avant-projet, malgré le fait que le ministre a dit que la commission avait un objectif plus large. D'autres, les médecins surtout, mais aussi l'ensemble des groupes professionnels, réalisent très bien que l'avant-projet n'est

<sup>59</sup> Voir : CAS-263.

<sup>60</sup> CAS-260.

<sup>61</sup> CAS-261.

<sup>62</sup> CAS-262.

<sup>63</sup> Marc-Yvan CÔTÉ, discours de clôture à la Commission parlementaire sur l'avant-projet de loi, CAS-2245.

qu'un prétexte pour discuter, mais sont très mal à l'aise avec l'idée de ne pas connaître les intentions réelles du ministre.

## 2. Le fonctionnement

Tel que mentionné plus haut, c'est à l'hiver 1990 que la Commission parlementaire sur l'avant-projet de loi a lieu. Elle s'échelonne du 23 janvier au 11 avril. Elle se déroule dans le cadre de la Commission permanente des affaires sociales.

Dans le cadre de cette commission, une invitation générale est lancée à tous de faire parvenir un mémoire. Sur les mémoires présentés, certains groupes sont invités par le ministre devant la commission. La présentation devant la commission parlementaire se déroule généralement comme suit : chaque groupe invité présente les grandes lignes de son mémoire pendant environ vingt minutes et cette présentation est suivie d'une période de questions d'environ trente minutes où les représentants du gouvernement prennent d'abord la parole pour la céder ensuite aux représentants de l'opposition.

Au minimum, le ministre et un haut fonctionnaire sont toujours présents à la commission<sup>64</sup>.

## 3. L'impact ou l'utilité de la commission parlementaire

Selon l'entrevue réalisée avec un acteur de la scène politique, la commission permet de valider une analyse préliminaire d'une équipe de hauts fonctionnaires faite à partir des mémoires. C'est pourquoi on peut affirmer que les documents de la commission parlementaire sont analysés à la lumière du travail effectué jusqu'à maintenant par les groupes de travail. Ainsi, le document de même que l'avant-projet de loi de Madame Lavoie-Roux sont considérés comme des documents parmi les autres<sup>65</sup>. Tel que le mentionne un informateur de la scène, « on s'est retrouvé en commission parlementaire [...] avec une équipe qui analysait les mémoires en fonction de ce qui avait été mis sur pied et non pas en fonction de ce qui avait été déposé ».

Un haut fonctionnaire rencontré en entrevue nous indique que la commission a été un moment important dans le cadre de la réforme; c'est à travers ses travaux que se sont dessinées certaines orientations-clé de la réforme. Par exemple, c'est pendant la commission qu'on a constaté que la réforme allait exiger qu'on touche au pouvoir et au statut des médecins dans le milieu hospitalier. De la même façon, sur l'unification des conseils d'administration, des choses intéressantes sont ressorties. On désirait l'unification, mais il ne fallait pas pousser le principe à la limite pour contenir tous les établissements d'une même MRC.

<sup>64</sup> Ceci a pu occasionner certains problèmes à partir de l'hiver 1991, car le ministre était coincé dans les murs de la commission et ne pouvait réagir en même temps aux réactions de l'extérieur. Un haut fonctionnaire nous a dit que si c'était à refaire, le ministre prévoirait des adjoints pour l'assister dans cette tâche.

<sup>65</sup> Ce qui aurait, selon ce même acteur, pris l'Opposition un peu par surprise.

Selon ce même haut fonctionnaire, la commission parlementaire, a permis de réouvrir le débat sur des éléments essentiels. M. Côté, quant à lui, dit que la commission s'est avérée utile pour comprendre ce qui se passait et qu'elle leur a permis de se rendre vite compte qu'on devait aller plus loin que ce que proposait le document de la ministre Lavoie-Roux.

C'est ainsi que le ministre Côté, dans son discours de clôture, dénonce le corporatisme :

*tout le monde est d'accord pour dire qu'il y a des problèmes et que des changements sont nécessaires, mais quand il s'agit de modifier ses propres fonctions ou ses responsabilités, souvent, tous les arguments sont invoqués pour ne rien changer... tout le monde souhaite la démocratisation du système. Cependant, on ne veut surtout pas que cette démocratisation s'exerce à nos dépens, qu'elle nous fasse perdre un pouvoir de représentation que l'on juge toujours minimal. [...] L'avenir du système de santé et de services sociaux dépasse les intérêts particuliers. C'est, au fond, la première leçon que je retiens de cette commission et c'est celle qui me guidera lors de la prise de décision. Je convie également tous les groupes concernés à adopter cette perspective qui constitue certainement la meilleure garantie de progrès.<sup>66</sup>*

Un haut fonctionnaire a résumé comme suit l'utilité de la commission parlementaire. Au départ, M. Côté décide de tenir cette commission : « pour se faire

son opinion, pour rencontrer tout le monde sans se mouiller, pour se faire une idée du dossier et pour poser l'ensemble des questions, mais à la fin, cela lui a permis de réouvrir le débat ». En effet, des paradoxes et des contradictions sont apparus en commission parlementaire. Par exemple, tout le monde était d'accord pour décentraliser, à la condition que cela ne soit pas chez eux et tous s'entendaient pour dire qu'il y a trop d'argent, mais chez eux, il en manque. La commission a donc donné au ministre Côté « la couleur du diagnostic de Rochon ».

Par ailleurs, Guy Chevrette, dans son discours de clôture de la commission parlementaire, s'exprime comme suit :

*N'a-t-on pas refait, en quelque sorte, l'exercice de la commission Rochon? [...] Avons-nous [...] progressé vers l'élaboration d'une véritable réforme? Il sera difficile d'y répondre tant et aussi longtemps que nous serons dans le noir quant à la teneur du produit fini, car avant que le coq n'ait chanté trois fois – dès la deuxième semaine d'audition – le ministre avait renié son avant-projet de loi. Dans les faits, nous nous retrouvons dans une situation analogue à celle qui a suivi le dépôt du Rapport Rochon. L'ultime rendez-vous, le véritable débat, est par conséquent reporté à l'automne prochain.<sup>67</sup>*

Il ajoute :

*Dans la mesure où le ministre a abandonné son projet de loi dès le début de la commission parlementaire et que les discussions*

<sup>66</sup> CAS-2246; voir aussi CAS-2249 pour les points qui ressortent sur le fond.

<sup>67</sup> Guy CHEVRETTE, discours de clôture à la Commission parlementaire sur l'avant-projet de loi, CAS-2240.

*se déroulaient constamment au niveau hypothétique, il eût mieux valu employer ce temps à se doter d'une politique de santé.*<sup>68</sup>

Tel que mentionné plus haut, de nombreuses rencontres des différents groupes de travail du ministère se déroulent parallèlement aux travaux de la commission parlementaire. Des rencontres sont aussi organisées avec différents groupes et acteurs de la scène privée. Ces travaux aboutissent à la rédaction du document d'orientations auquel nous arrivons.

### **C. La réforme axée sur le citoyen consommateur, décideur et payeur**

En décembre 1990, après plus d'un an de travail intensif, un nouveau document d'orientations intitulé : « Une réforme axée sur le citoyen » est rendu public.

C'est l'équipe de la planification et de l'évaluation qui rédige ce document<sup>69</sup>.

#### **1. Les objectifs**

Il s'agit d'établir les lignes directrices en matière de réforme des services de santé et des services sociaux. Madame Lavoie-Roux avait laissé ses Orientations, mais le ministre Côté poursuit et complète le travail.

Le document « affirme les mêmes principes et reconduit les grandes mesures du document

Lavoie-Roux : objectifs de résultat, décentralisation, approche par programme, etc. Sa structure est toutefois fort différente. Le document est construit dans la perspective du citoyen. La réforme a maintenant son axe central : replacer le citoyen au centre du système, ce dernier étant posé simultanément comme client, décideur et payeur (contribuable) »<sup>70</sup>.

#### **2. Les influences et le contenu**

Les orientations veulent se situer dans la même veine que le Rapport Rochon et que les priorités de l'Organisation mondiale de la santé, telles qu'énoncées dans les documents intitulés : *Santé pour tous en l'an 2000*.

Dans la période de préparation du document, un haut fonctionnaire organise un voyage de travail pour aller voir les différentes tendances en Europe en matière de gestion de systèmes de santé. Il réussit à convaincre M. Côté de faire ce voyage pour lui permettre de se faire une opinion sur les différents systèmes de santé. C'est ainsi qu'à l'automne 1991, le ministre Côté, son chef de cabinet et un haut fonctionnaire se rendent en Finlande, en Belgique, en Angleterre et en Hollande pendant deux semaines.

Le voyage en Europe vient confirmer les orientations de départ prises par le ministère. Le ministre est maintenant convaincu de cette approche. C'est l'Angleterre qui retiendra le plus l'attention et qui influencera le plus la réforme, nous dit-on, notamment sur le plan de la régionalisation et de l'importance de favoriser la satis-

<sup>68</sup> *Id.*, CAS-2241.

<sup>69</sup> Quelques hauts fonctionnaires en coordonnent la rédaction. Ils se font reprocher de ne pas avoir assez mêlé de fonctionnaires au projet. Par ailleurs, un acteur de la scène politique nous dit que c'est un travail d'équipe extraordinaire qui a impliqué beaucoup de fonctionnaires. L'information est ici contradictoire.

<sup>70</sup> A. DICAIRE, *op. cit.*, note 12, p. 21-24.



faction du patient à tous les niveaux.

Ce qui domine sur le plan du contenu, est le fait que le citoyen doit être au centre du système de santé et de services sociaux. On se souviendra que cette idée remonte à Rochon; mais ce qui est nouveau, c'est l'insistance du document sur la personne du citoyen et sur sa triple qualité d'être à la fois payeur, décideur et consommateur. L'idée du citoyen au centre du système se concrétise. Quelques innovations apparaissent dans les Orientations<sup>71</sup>.

### 3. La présentation du document ou le « show de Charlesbourg »

Le nouveau document d'orientations est rendu public le 7 décembre 1990 et la parution est soulignée en grande pompe, le 14 décembre 1990, sous la forme d'un discours à la nation. Communément appelé le « show de Charlesbourg », cet événement est télédiffusé en direct d'un centre sportif de Charlesbourg, en banlieue de Québec.

L'engagement d'une firme privée pour faire la promotion du document a soulevé tout un tollé, principalement à cause des coûts qui y étaient associés<sup>72</sup>. Parallè-

lement à la publication du Livre Blanc de Marc-Yvan Côté, un nouveau projet de loi est déposé. Nous verrons dans cette dernière partie du texte que l'adoption du projet de loi 120 donnera beaucoup de fil à retordre au législateur.

On assiste durant cette deuxième phase non seulement à une reformulation administrative, mais aussi à un remodelage idéologique. Le discours de l'idéologie démocratique participative observé dans la première phase demeure et continue à tenir le devant de la scène étatique. Mais il glisse, progressivement, avec le nouveau ministre et son équipe, vers une rhétorique et un projet de réforme que l'on peut appeler « républicains ». Le citoyen est présenté comme l'acteur principal, dans un discours qui emprunte beaucoup à la tradition européenne. En même temps, le nouvel avant-projet de loi confère au ministre et à l'État un rôle-clé dans le fonctionnement du système. Apparaît ainsi aux yeux des acteurs de la scène privée le projet d'une République du système de santé.

Par la même occasion, les acteurs de la scène étatique entreprennent mieux que leurs prédécesseurs de jauger les rapports de force qui se jouent dans le système de santé et croient pouvoir les rééquilibrer par une intervention assez musclée de la part de l'État. Les affrontements qui vont dominer la phase suivante sont déjà inscrits dans la mise en scène.

<sup>71</sup> Par exemple, les Organisations de soins intégrés de santé, les OSIS (*HMO aux É.-U.*), qui n'ont pas connu la réception désirée. Selon un haut fonctionnaire, les gens ont perçu cela comme de la privatisation.

<sup>72</sup> « Le "show" du ministre Côté et la contre-campagne des médecins additionnés - La réforme a coûté 1,5 million en publicité », *Le Soleil*, Québec, 22 nov. 1991; Normand GIRARD, « Le Show de Charlesbourg a coûté 631 000 \$ à l'État », *Le Journal de Québec*, Québec, 22 nov. 1991,

Gilles NORMAND, « Lancement de la réforme de la santé : le "Show de Marc-Yvan" a coûté 631 000 \$ », *La Presse*, Montréal, 22 nov. 1991.

#### **IV. L'adoption de la loi : du pain sur la planche pour le législateur**

##### **A. La présentation du projet de loi 120**

Le projet de loi est présenté le 10 décembre 1990, à peu près au même moment où le document d'orientations du ministre Côté est rendu public. L'adoption du principe du projet a lieu le 19 décembre suivant. Tel que présenté, le projet contient 494 articles, soit 90 articles de plus que l'avant-projet de loi de Thérèse Lavoie-Roux.

Ce projet de loi tient compte des nouvelles orientations du ministre. Selon quelques entrevues réalisées avec des hauts fonctionnaires, la rédaction du projet a reçu moins d'importance que le document d'orientations lui-même.

Dès sa présentation, le projet provoque des réactions négatives dans le milieu médical. Plus de 140 mémoires de différents groupes sont reçus pendant cette période par le ministère et plusieurs rencontres informelles sont organisées dans les premiers mois de 1991, avec plusieurs de ces groupes<sup>73</sup> pour discuter des possibilités de compromis. À cette même période, soit en janvier 1991, la coalition de dix ordres professionnels, dénonçant principalement l'absence d'instance pour les représenter à l'intérieur des établissements, s'organise. On

peut aussi dégager des entrevues effectuées que bien qu'à cette période, les rencontres se soient intensifiées, elles ont cependant eu lieu tout au long du processus<sup>74</sup>.

À la suite de ces échanges, les acteurs de la scène étatique ne restent pas insensibles aux nombreuses réactions; ils reportent le renvoi en commission article par article au 19 mars suivant. À cette même période, selon nos informations, le ministre fait part de son intention de proposer plus de deux cents cinquante amendements au projet de loi; il s'agirait d'amendements de forme qui ne modifieraient pas la substance du projet. Mais surtout, ces amendements étaient destinés à donner suite aux représentations de quatre groupes : les médecins, la communauté anglophone et les communautés culturelles, les communautés Cris et Inuit ainsi que les représentants des institutions du réseau. Le cours normal vers l'adoption du projet de loi 120 nous mène à son étude détaillée, article par article, en commission parlementaire. Bien qu'il s'agisse d'une étape habituelle dans l'adoption d'une loi, dans ce cas-ci, elle ne s'est pas déroulée conformément à la norme. Nous l'analyserons en deux temps.

##### **B. La première partie de l'étude détaillée du projet de loi en commission parlementaire**

L'étude d'un projet de loi, article par article, en commission parle-

<sup>73</sup> Selon un haut fonctionnaire, il s'agit des associations d'établissements, des groupes professionnels, des directeurs généraux, des organismes communautaires et des représentants des médecins.

<sup>74</sup> Selon un informateur à la tête d'une fédération médicale, les modifications à la loi étaient prévues et acceptées depuis novembre 1990, avant même que le projet soit déposé.

mentaire fait partie de la procédure courante menant à l'adoption d'un projet de loi. Dans le cas de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, cette étape n'a pas été banale, mais plutôt mouvementée. D'abord, tout au long de la commission, un nombre assez important de personnes a assisté aux audiences. Un haut fonctionnaire interviewé nous dit que :

*C'est particulier au milieu de la santé, il y avait toujours au moins cinquante personnes dans la salle. Généralement, dans le cadre d'une commission parlementaire sur un projet de loi ordinaire, il y a moins de personnes dans la salle. C'est un milieu particulier, tissé serré, où existent des luttes de pouvoir.*

#### **1. Le début des travaux (la période de mars 1991 à la mi-juin 1991)**

Le 19 mars 1991 marque le début de l'étude article par article en commission parlementaire du projet de loi 120. Ainsi, la première série de séances de travail de l'étude détaillée du projet s'échelonne du 19 mars au 20 juin 1991.

Pendant cette période, plusieurs groupes intensifient leurs pressions auprès du gouvernement pour faire valoir leur point de vue. C'est le cas notamment du regroupement des médecins, des infirmiers et infirmières auxiliaires, du regroupement des départements de soins infirmiers et des infirmiers et infirmières ainsi que de la coalition de dix ordres professionnels.

Dès le début de la commission parlementaire article par article, un événement important se produit : une espèce de mini commis-

sion parlementaire sur le projet de loi 120 est organisée. Il est difficile de savoir exactement comment l'idée a germé. Une chose ressort cependant des débats de l'Assemblée nationale de cette période : c'est suite à des demandes répétées de la part de l'opposition que le ministre Côté accepte finalement d'entendre six groupes, choisis par l'opposition officielle. C'est ainsi que lors de la première journée de l'étude détaillée, les six groupes suivants sont entendus :

- Groupe représentatif des médecins du Québec<sup>75</sup>,
- Conférence des CRSSS du Québec<sup>76</sup>,
- Groupe représentatif des associations syndicales du réseau de la santé et des services sociaux<sup>77</sup>,
- Fédération des CLSC du Québec<sup>78</sup>,
- Association des hôpitaux du Québec<sup>79</sup>,

<sup>75</sup> Les personnes suivantes représentent le groupe : Augustin Roy, pour la Corporation des médecins du Québec, Clément Richer pour la FMOQ, André Aubry pour l'Association des CMDP, Jean-Hugues Brossard pour la Fédération des médecins résidents et internes du Québec, Robert Marier pour la FMSQ et finalement Michel L'Allier pour les étudiants en médecine.

<sup>76</sup> La conférence est représentée par : David Levine, Réginald Grenier, Gilles Fortin, Norbert Rodrigue et Hubert Gauthier.

<sup>77</sup> La représentation du groupe est assurée par Céline Lamontagne, Sylvie Boulanger, Jean-Guy Frenette, Cécile Côté et Astrid Gagnon.

<sup>78</sup> Représentée par : Maurice Payette, Lise Denis, Jeanne-D'Arc Vaillant, Jean Rodrigue, Marcel Sénéchal et Jacques Perrault.

<sup>79</sup> Les personnes suivantes représentent l'Association : Henri Favre, Paul

- Association des centres d'accueil du Québec<sup>80</sup>.

Fait à noter, la Fédération nationale des Associations de consommateurs du Québec n'est pas choisie parmi ces six groupes, bien qu'une motion avait été proposée pour les entendre.

C'est le regroupement des médecins qui fait le plus de pressions. Il utilise plusieurs moyens : les médias, la menace de grève, les manifestations, etc. C'est ainsi qu'au printemps 1991, depuis environ le 19 mai 1991, on voit se produire des manifestations de médecins, des ralentissements de travail, etc.<sup>81</sup>. Point culminant, le 29 mai 1991, les médecins manifestent : 3 000 sarraus blancs se rendent sur la colline parlementaire. Après cette marche, tout se déroule très vite. Pour reprendre les propos d'un représentant du corps médical : « Fin mai, début juin, le ministre s'ouvrait à des concessions, mais cela demeurait des miettes. Par la suite, M. Côté a voulu faire des concessions, mais les médecins n'avaient plus confiance ».

Cette même source ajoute que pendant cette période, vers le mois de mai, les médecins « ont senti le vent tourner et les journaux ont suivi ». Les médecins réussissent à aller chercher des appuis dans l'opinion publique; les sondages le démontrent. Ils obtiennent aussi des rencontres avec le ministre, plus particulièrement à la fin du mois de mai. Pour ce faire, ils

reçoivent aussi l'aide de l'opposition qui leur obtient une longue rencontre avec le ministre Côté; c'est du moins ce qui ressort des débats en Chambre<sup>82</sup>. Le 29 mai 1991, Rémy Trudel prend la parole à l'Assemblée nationale et s'exprime comme suit :

*depuis une dizaine de jours, et particulièrement aujourd'hui, des centaines sinon des milliers de médecins, sont en ralentissement de travail [... Le ministre] a-t-il l'intention de donner suite à la proposition que nous lui avons faite la semaine dernière d'interrompre cet après-midi les travaux en commission parlementaire sur l'étude du projet de loi 120 et que nous puissions amorcer, continuer un dialogue ouvert avec nos professionnels de la médecine au Québec en vue d'en arriver à l'insertion de ces professionnels dans notre système de santé et de services sociaux de façon correcte, avec leur collaboration, à la fin de ce projet de loi?*<sup>83</sup>

En réponse aux attaques de l'opposition, le ministre Côté énumère les nombreuses rencontres qu'il a eues avec le regroupement des médecins et avec son porte-parole officiel, le docteur Clément Richer.

Jusqu'à la mi-juin 1991, des négociations sont organisées en secret entre les médecins, le ministre et son nouveau négociateur<sup>84</sup>. Les médecins auraient demandé le retrait du projet de loi. Selon une personne interviewée, il existe plusieurs points sur les-

Landry, Léandre Nadeau et Jacques Brunet.

80 Les représentants de l'Association sont Michel Clair et Gaston Robert.

81 Événements dont la presse fait état; voir notamment : Louise LEMIEUX, « Les hôpitaux au ralenti mercredi », *Le Soleil*, Québec, 23 mai 1991.

82 Débats - 29 mai 1991, p. 8560.

83 *Id.*, p. 8560 et 8561.

84 Depuis le printemps, le ministre fait en effet appel à un sous-ministre, Robert Charlebois, reconnu comme négociateur chevronné.

quels les médecins ne veulent pas reculer. Suivant un texte écrit par un haut fonctionnaire impliqué dans le débat : « Le litige porte sur trois points : la liberté d'installation; l'autonomie professionnelle; la participation aux décisions qui les concernent ». On pourrait aussi ajouter « la confidentialité du dossier de l'utilisateur »<sup>85</sup>.

L'une de ces rencontres a lieu le 27 mai 1991, à Trois-Rivières. Lors de cette dernière, le ministre remet aux médecins un document précisant 19 points sur lesquels le corps médical avait exprimé ses appréhensions. Bien que les négociations se déroulent en privé, les médecins rendent ce document public le 29 mai<sup>86</sup>. Déjà, pendant cette période, les négociations entre les médecins et le ministre sont intenses. Déjà aussi, à ce moment, pour reprendre ce qu'un des acteurs de la scène politique nous dit : « on négociait la loi ».

Par la suite, au début du mois de juin, les médecins débutent une campagne de publicité et de sensibilisation auprès de leurs patients<sup>87</sup>.

<sup>85</sup> Voir : CAS-5707.

<sup>86</sup> Débats - 29 mai 1991, p. 8561.

<sup>87</sup> Les médias font état des différents moyens de pression utilisés; voir notamment : Isabelle PARÉ, « Un placard qui choque », *Le Devoir*, 8 juin 1991; Presse Canadienne, « Les médecins choqués par la censure de leur publicité », *Le Soleil*, Québec, 11 juin 1991; François BERGER, « La publicité choc des médecins soulève la colère des directeurs d'hôpitaux », *Le Devoir*, Montréal, 10 juin 1991; Josée BOILEAU, « La propagande des médecins sera plus crue à la télé », *Le Devoir*, Montréal, 10 juin 1991; Presse Canadienne, « Marc-Yvan Côté dénonce le dernier message publicitaire », *Le Soleil*, Québec, 8 juin 1991; Sarah SCOTT, « CBC Won't Run Doctors' TV

La tension monte et le 7 juin 1991, Rémy Trudel intervient de nouveau à l'Assemblée nationale :

*Pour une troisième journée depuis quelques semaines, l'ensemble des médecins de Québec est en ralentissement de travail dans les établissements de santé et dans les cabinets privés, à la grandeur du Québec [...] Est-ce que le ministre peut faire le point sur la situation.*<sup>88</sup>

Selon l'information obtenue en entrevue, à cette date, les médecins n'ont toujours pas déposé de documents de revendications, de demandes d'amendements précises<sup>89</sup>.

Malgré tous les événements, le ministre est toujours confiant de régler. Selon lui, si les médecins sont de bonne foi et veulent négocier, le lundi suivant, c'est-à-dire le 10 juin, il y aura une entente<sup>90</sup>. Il annonce le même jour que le mercredi 12 juin, il devra saisir le Conseil des ministres de l'état de la situation dans les établissements. Un revirement majeur surviendra quelques jours plus tard sur la scène étatique.

## 2. La confrontation menant à la suspension des travaux

Le revirement s'effectue en quelques heures, qui s'échelonnent entre le 11 et le 12 juin 1991. Cette période intense tranche et donne le ton à la suite

Ad Opposing Health-care Reform », *The Gazette*, Montréal, 11 juin 1991.

<sup>88</sup> Débats - 7 juin 1991, p. 8993. Sur le nombre d'hôpitaux impliqués, etc., voir : Débats - 7 juin 1991, p. 8993.

<sup>89</sup> Suivant nos informations, c'est le négociateur qui les forcera à le faire lors des négociations.

<sup>90</sup> Débats - 7 juin 1991, p. 8994.

de la réforme qui prend l'allure d'une confrontation entre les acteurs de la scène privée et d'autres de la scène étatique.

D'abord, le 11 juin 1991, il semble que les médecins demandent à rencontrer de toute urgence le premier ministre<sup>91</sup>. Ce dernier accepte; la rencontre est fixée au 14 juin. Selon une personne interviewée, le regroupement des médecins avait demandé à plusieurs reprises une rencontre avec le premier ministre, mais en vain. Ils auraient alors débuté la campagne de publicité et quelques jours plus tard, le premier ministre acceptait de les rencontrer.

Avant la mi-juin, Marc-Yvan Côté avait organisé des rencontres secrètes avec les médecins pour tenter d'en arriver à une entente. Il y a effectivement eu deux jours complets de négociation dans un motel à Lévis. À la fin de ces deux jours de négociation, les médecins ont demandé le retrait du projet de loi, sous peine de ne plus discuter du tout. Les médecins sont revenus quelques heures plus tard à l'Assemblée nationale en maintenant leur point. Et c'est quelques minutes plus tard, selon un haut fonctionnaire, que le ministre aurait annoncé le report du projet.

Le 12 juin 1991, très tôt le matin, lors d'une conférence de presse, Marc-Yvan Côté fait une annonce qui vient surprendre tout le monde : il reporte la réforme en août. Selon leurs propos, même les hauts fonctionnaires les plus proches de lui n'étaient pas au courant de ce qu'il ferait. Ils l'ont appris le matin même, avec tous les autres. Le ministre n'a cepen-

dant pas parlé publiquement de négociations à ce moment précis, mais il est bien clair qu'il avait compris que la suspension des travaux de la commission ouvrait une nouvelle période de négociations.

Deux jours plus tard, c'est-à-dire le 14 juin 1991, le regroupement des médecins rencontre le Premier ministre<sup>92</sup>. Marc-Yvan Côté est présent. C'est suite à cette rencontre qu'on parle de négociations. Jusqu'à maintenant, le premier ministre n'était pas intervenu et Marc-Yvan Côté tenait la bride encore assez haute. Sur l'intervention de Robert Bourassa, deux écoles de pensée existent : la première prétend qu'il est personnellement intervenu et a forcé Marc-Yvan Côté à négocier avec les médecins alors que la seconde avance que c'est Marc-Yvan Côté qui a pris seul sa décision. Selon la seconde école, le ministre Côté a réalisé que la réforme ne passait pas et il voulait tenter d'en conserver les objectifs. On peut certainement dire qu'il a été aidé pour prendre la décision de reporter la réforme, ne serait-ce que par les questions incessantes de l'opposition en chambre. Les médecins ont réussi à mettre assez de pressions sur le gouvernement pour le forcer à négocier.

Le ministre Côté est évidemment dans une position politique difficile. Le projet qu'il a piloté et défendu est en péril. « Sa » réforme est compromise. Il s'emploie à rassurer l'opinion publique, dans une intervention à l'Assemblée nationale dans la matinée du 14 juin, quelques heures avant la rencontre chez le premier ministre :

---

<sup>91</sup> Plusieurs informateurs confirment ce fait.

---

<sup>92</sup> CAS-5524.

*Vous avez mal interprété. Le gouvernement a décidé qu'il y aura une réforme au plus tard le 28 août. Que ceux qui doivent venir à la table viennent avec l'idée qu'il y aura une réforme le 28 août et que les deux mois qui nous sont donnés, c'est deux mois pour qu'ils soient dans la réforme en prenant leur papier, en prenant leurs idées, en les mettant sur papier et en faisant en sorte qu'on puisse les traduire de manière législative. C'est ce que nous souhaitons et c'est toujours ce que je souhaite. Mais sur l'objectif fondamental de la réforme, ceux qui pensent qu'il n'y aura pas de réforme doivent se tromper. Il y aura réforme au plus tard le 28 août. Voilà.*<sup>93</sup>

Bien que l'annonce du report en août ait été faite le 14 juin, les travaux de la commission se poursuivent jusqu'au 20 juin et c'est à cette date qu'ils sont suspendus en même temps que les travaux de l'Assemblée nationale<sup>94</sup>. Les travaux de l'Assemblée nationale ne reprendront que le 19 août, pour laisser place entre-temps à une période d'intenses négociations avec le regroupement des médecins.

### **C. La deuxième partie de l'étude détaillée du projet de loi en commission parlementaire : la résolution du conflit**

#### **1. L'été 1991 : le législateur et les médecins négocient**

Sur la scène étatique, plusieurs changements sont constatés. Officiellement, les négociations ont

débuté suite au 12 juin, mais elles avaient commencé dans les faits bien avant, c'est-à-dire aux environs du 17 mai 1991. Dès cette période, un nouvel acteur s'amène. Maurice Charlebois, alors sous-ministre aux relations de travail du ministère de la Santé, avait déjà pris le relais avec une équipe de hauts fonctionnaires et c'est lui qui mènera les négociations pendant l'été. Quant au haut fonctionnaire qui avait assumé le leadership de la réforme jusqu'ici, il devient moins actif; il suit cependant les négociations, bien qu'il n'occupe plus le poste de sous-ministre adjoint, associé à la réforme. Il est remplacé.

Le 20 juin, Marc-Yvan Côté précise qu'il sera à la table de négociations pendant l'été<sup>95</sup>. Pourtant, ni M. Côté, ni son attaché politique, n'assistent aux négociations de l'été 1991. Selon certains, les médecins lui auraient refusé l'accès de même qu'à son chef de cabinet et qu'au haut fonctionnaire en charge du dossier. Toutefois, malgré le fait que Marc-Yvan Côté n'est pas présent pendant les négociations, il communique fréquemment avec le négociateur en chef.

Les négociations se déroulent à Montréal, supposément pour être à l'abri des journalistes. Selon l'information obtenue en entrevue, le négociateur fait appel à l'engagement moral des médecins auprès du premier ministre, en recherchant un consensus de base et en fixant un échéancier. Un informateur prend soin de préciser que la négociation de l'été avec le regroupement de médecins ne porte que sur des questions reliées aux médecins.

<sup>93</sup> CAS-5523 et 5524.

<sup>94</sup> CAS-5707.

<sup>95</sup> CAS-5658.

Finalement, après d'intenses négociations, à la fin du mois d'août 1991, une entente intervient avec les médecins. Quatre éléments en ressortent :

- formation du Conseil médical;
- implication des Fédérations pour la distribution des médecins sur le territoire;
- les Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) sont maintenus de même que les autres comités;
- l'agrément des cabinets privés de médecins et la répartition géographique des médecins<sup>96</sup>.

Quant au financement, une autre commission parlementaire aura lieu en février 1992<sup>97</sup>.

Selon plusieurs personnes interviewées, au moment où la table de négociation est presque arrivée à une entente, on laisse deux ou trois points non réglés pour « laisser la chance au ministre de régler le dossier ». La finale de la négociation s'est donc faite à Québec. Le ministre désire mettre lui-même le point final à l'accord et fait alors envoyer l'avion du gouvernement à Montréal, pour que les représentants du regroupement des médecins se rendent à Québec. C'est dans le bureau de Marc-Yvan Côté que notamment la question de la formation d'un conseil médical a été réglée, de même que celle de la signature obligatoire du relevé d'honoraires.

## 2. Les autres négociations

De juin à août 1991, parallèlement aux négociations avec les Fédérations de médecins, plusieurs coalitions sont très actives. C'est le cas notamment de la grande coalition sur la santé et le bien-être composée à la fois de corporations professionnelles et de syndicats ou fédérations, de la coalition de dix ordres professionnels qui a ponctuellement joint la plus grande coalition, pour se démarquer des médecins.

Lors de l'ajournement de juin, l'étude de plusieurs articles est reportée en août<sup>98</sup>.

*Outre les articles sur les médecins, nous avons reporté également les blocs en ce qui concerne le conseil multidisciplinaire, en particulier en ce qui concerne la reconnaissance des infirmières auxiliaires, la même chose pour les directeurs généraux.*<sup>99</sup>

Les négociations menées à ce moment par la grande coalition sur la santé et le bien être, à laquelle s'est jointe celle regroupant dix ordres professionnels, ont abouti à la création du conseil multidisciplinaire à l'intérieur des établissements (anciennement le conseil consultatif du personnel clinique). Ainsi, les pressions exercées de part et d'autre par les différents groupes de professionnels ont eu comme conséquence non pas d'alléger les structures au sein des établissements, tel que le ministre Côté le voulait au départ, mais de les multiplier. En effet, les médecins, dentistes et pharmaciens ont réussi à récupérer les pouvoirs quasi-intégraux du Con-

<sup>96</sup> Les modalités restent à négocier et, en l'absence de résultat, un décret est prévu pour avril 1993.

<sup>97</sup> Plus précisément, du 4 au 12 février 1992, dans le cadre de la Commission parlementaire permanente des affaires sociales.

<sup>98</sup> Voir : CAS-5655 et suiv. et CAS-5703, n° 99.

<sup>99</sup> CAS-5704.



seil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Les infirmières et infirmiers obtiennent leur propre conseil (le Conseil des infirmiers et infirmières - CII), tandis que les autres professionnels de la santé sont regroupés dans le nouveau Conseil multidisciplinaire (CM).

Partant du principe que « le droit consiste [...] essentiellement à accroître la "chance d'imposer sa volonté propre, à l'intérieur d'une relation sociale" »<sup>100</sup>, et que « le droit est très sensible aux rapports de domination et de pouvoir déjà existants »<sup>101</sup>, on peut certainement affirmer que le droit a été influencé par le pouvoir déjà existant des médecins. Le pouvoir a contribué à créer le droit<sup>102</sup>. Par ailleurs, non seulement le pouvoir crée le droit, mais le droit crée aussi le pouvoir<sup>103</sup>. Effectivement, parallèlement au fait que le droit a été influencé par le pouvoir, on a, par le droit, créé du pouvoir en ajoutant deux autres comités de professionnels (le CII et le CM). La présence des trois comités dilue le pouvoir, le distribue. De la sorte, le droit contribue à modifier les attitudes, en donnant une voix plus importante aux professionnels de la santé autres que les médecins. À l'avenir, cela pourra peut-être venir influencer les rapports de pouvoir entre ces différents groupes de professionnels.

### 3. La reprise et la clôture des travaux de la commission (fin août 1991)

La procédure spéciale de rappel est utilisée pour convoquer l'Assemblée nationale au mois d'août afin de procéder à l'adoption du projet de loi. C'est le 19 août que la Chambre recommence à siéger et que reprennent les travaux de la commission parlementaire sur l'analyse détaillée du projet de loi 120.

De nombreux « papillons » ou propositions d'amendements sont encore dans l'air. Finalement, le contenu de l'entente avec les médecins ainsi que les derniers amendements sont adoptés. En plus des 309 propositions d'amendements<sup>104</sup> du printemps, 120 autres modifications sont proposées dans la phase finale de la commission parlementaire : « Donc, au minimum, on a présenté tout près de 439 amendements à ce projet de loi de 494 articles »<sup>105</sup>.

Dans les jours qui suivent, le 28 août 1991, l'Assemblée nationale adopte la nouvelle *Loi sur les services de santé et services sociaux*<sup>106</sup>.

\*

\* \*

<sup>100</sup> Guy ROCHER, « Droit, pouvoir et domination », *Sociologie et sociétés*, vol. XVIII, n° 1, avril 1986, p. 33-46, plus particulièrement à la page 44.

<sup>101</sup> *Id.*

<sup>102</sup> *Id.*

<sup>103</sup> *Id.*

<sup>104</sup> A. DICAIRE, *op. cit.*, note 12, p. 25; voir : CAS-5712.

<sup>105</sup> Rémy TRUDEL, CAS-5712.

<sup>106</sup> Adoption de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, Projet de loi 120 (1991, c. 42), sanctionnée en partie seulement (le quart des articles) le 4 septembre 1991.

Après avoir retracé la chronologie des événements de la réforme des services de santé et des services sociaux de 1991, il est possible de tirer quelques conclusions.

**Le cheminement parlementaire de la Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1991 a été particulièrement long.** Il s'est déroulé de 1985 à 1991 et même au delà de 1991. Il a été marqué par plusieurs documents de politique importants, tels le Rapport Rochon en 1987, le Livre Blanc de Thérèse Lavoie-Roux en 1989 et celui de Marc-Yvan Côté en 1990. Il faut aussi mentionner que la loi, telle qu'adoptée, a pris la forme de plusieurs versions différentes tout au long du processus de réforme : l'avant-projet de loi, le projet de loi 120 et finalement, après de nombreuses modifications apportées en commission parlementaire, la loi dans sa version finale.

**Le cheminement parlementaire de la Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1991 a été particulièrement mouvementé.** Plusieurs acteurs sont intervenus tout au long du processus. Cette réforme a soulevé beaucoup de passion. En effet, les pressions ont été importantes sur le gouvernement qui a dû acquiescer à des négociations avec certains groupes et, principalement, avec le regroupement des médecins. Ce dernier a réussi, par plusieurs moyens, à s'allier la population en général. Ainsi, bien que les groupes de consommateurs ou d'usagers ont été très peu entendus personnellement, ils sont néanmoins devenus des acteurs malgré eux dans tout ce débat.

**Le cheminement parlementaire de la Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1991 a été particulièrement lourd.** Corollaire des conclusions précédentes, cela est illustré par le fait que l'avant-projet de loi comptait 400 articles et la loi, dans sa version finale, en totalise plus de 600. Au total, c'est près de 439 amendements qui ont été apportés au projet de loi de 494 articles. Les nombreuses demandes de la part des groupes professionnels ont contribué à la multiplication des articles contenus dans le projet de loi. À plusieurs reprises, on nous a mentionné que la loi avait été rerédigée, que la plupart des amendements proposés avaient été acceptés. Qu'en somme, la loi avait été négociée, du moins, ses éléments les plus importants.

**Le cheminement parlementaire de la Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1991 est un processus incomplet.** Le caractère inachevé de la réforme est ici mesuré en fonction des énoncés de politique, notamment précisés dans le Rapport Rochon. À titre d'exemples, mentionnons la question du financement et plusieurs autres qui ont été réglées temporairement par la loi, mais qui sont demeurées sujettes à négociation. Au surplus, toutes les questions liées aux lois professionnelles n'ont pas été touchées par cette réforme. Aussi, toute la réglementation en vertu de la nouvelle loi reste à être adoptée, ce qui ne constitue pas une mince tâche. Tout cela permet de comprendre pourquoi les pressions et les négociations concernant cette réforme ont, par la suite, été nombreuses et sont loin d'être terminées.

Il est vrai que le domaine de la santé est particulier en ce qu'il touche beaucoup de personnes et implique un budget important. Mais, ces caractéristiques sont-elles suffisantes pour justifier, sur le plan démocratique, tous les événements qu'il nous a été possible de relater concernant la réforme? Cette question mérite d'autant plus de réflexion que les groupes ayant provoqué le plus de changements, c'est-à-dire, les groupes de professionnels, ne représentent pas la population en général. En fait, malgré elle, on peut même se demander si la population n'a pas été utilisée pour servir les intérêts d'autres acteurs. La question du rôle du gouvernement dans une démocratie doit être posée.

En effet, on ne peut en définitive qu'être frappé par le fait que le projet de réforme emprunte d'abord et pendant une longue partie de son parcours un discours démocratique, soit celui de la participation, soit celui que nous avons appelé « républicain », centré à la fois sur le citoyen et sur les responsabilités de l'État. Mais, à mesure que progresse le processus législatif, à travers la commission parlementaire, la scène publique s'estompe au profit de négociations secrètes ou privées dans l'intention de satisfaire les intérêts divergents des différents groupes de pression qui se partagent – inégalement – le pouvoir dans la structure et le fonctionnement du système de santé. La réforme, entreprise sous l'étendard d'un discours démocratique, se transforme finalement en une forme « corporatiste » de gouvernement, c'est-à-dire à ce type de gestion de la fonction publique où certains groupes de pression sont

en mesure de négocier avec l'État et en viennent presque à dicter la législation qui répond à leurs intérêts particuliers. Cette forme « corporatiste » d'action législative fut évidemment l'effet boomerang d'un projet de réforme entrepris par l'État pour réduire le pouvoir d'un corps médical, qui demeure cependant toujours capable de se gagner l'opinion publique.

## **Annexe I**

### **Les ordres professionnels**

- Corporation professionnelle des psychologues du Québec
- Ordre des pharmaciens du Québec
- Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
- Corporation professionnelle des infirmiers et infirmières auxiliaires du Québec
- Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec
- Ordre des chiropraticiens du Québec
- Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec
- Corporation professionnelle des médecins du Québec

### **Les syndicats et associations professionnels**

- Association des hôpitaux du Québec
- Association des départements de soins infirmiers
- Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux
- Association des cadres intermédiaires des affaires sociales
- Fédération des CLSC du Québec
- Fédération des médecins spécialistes du Québec
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
- Fédération des médecins résidents et internes du Québec

## **Annexe II**

### **Coalition de 10 ordres professionnels**

- Ordre des chimistes du Québec
- Corporation professionnelle des diététistes du Québec
- Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec
- Corporation professionnelle des inhalothérapeutes du Québec
- Corporation professionnelle des orthophonistes et audiologistes du Québec
- Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec
- Corporation professionnelle des psychologues du Québec
- Ordre des techniciens en radiologie du Québec
- Corporation professionnelle des technologistes médicaux du Québec
- Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec

## **Annexe III**

### **Coalition d'ordres professionnels et de syndicats**

- Alliance des Communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux
- Assemblée des évêques du Québec
- Association des centres de services sociaux du Québec
- Association des centres d'accueil du Québec
- Association québécoise pour la défense des droits des retraités et des pré-retraités
- Association québécoise des organismes régionaux de concertation et de développement
- Comité provincial des malades
- Confédération des organismes des personnes handicapées
- Confédération des syndicats nationaux
- Conférence des Conseils régionaux de la santé et des services sociaux
- Corporation des pavillons et des familles d'accueil du Québec
- Corporation professionnelle des technologistes médicaux du Québec
- Corporation des travailleurs sociaux du Québec
- Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec
- Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec
- Corporation professionnelle des psychologues du Québec
- Fédération de l'Âge d'or du Québec
- Fédération des ACEF
- Fédération des centres d'action bénévole du Québec
- Fédération des CLSC du Québec
- Fédération des familles d'accueil du Québec
- Fédération des infirmières et des infirmiers du Québec
- Fédération des travailleurs et des travailleuses du Québec
- Fédération des unions de familles
- Ordre des techniciens en radiologie du Québec
- Table de concertation des thérapies alternatives
- Union des municipalités régionales de comtés du Québec
- Union des producteurs agricoles du Québec