

L'IMPACT DES ORIENTATIONS GOUVERNEMENTALES SUR LE DEVELOPPEMENT DU DROIT DE LA SANTE DANS LES ANNEES 1990: UNE PREMIERE EVALUATION*

par Louise LUSSIER**

Le droit de la santé au Québec constitue, on le sait, un domaine du droit en pleine émergence depuis le début des années 1970 avec la réforme du système de santé¹. Si l'on en croit les orientations proposées par la Ministre de la santé et des services sociaux en avril dernier², le droit de la santé pourrait connaître de nouvelles transformations. En effet, en prenant pour point de référence le plan de réalisation de ces orientations, on constate que plusieurs actions concernent les changements à apporter aux lois constituant la clé de voûte du système de santé. A l'exception des lois visant le financement des services, les principales lois relatives à leur organisation et leur administration seront ainsi affectées par des modifications³. L'ampleur de celles-ci, par comparaison à la réforme des années 1970, sera sans doute plus restreinte et modeste. C'est dans ce contexte que doit être appréhendée la mini-réforme

*. Au moment d'aller sous presse, nous apprenions la présentation d'un avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux découlant du guide; une affaire à suivre.

** Professeure à la Faculté de droit de l'Université de Sherbrooke.

1. Le programme de maîtrise en droit de la santé, du reste, a été créé à la Faculté de droit de l'Université de Sherbrooke pour répondre aux besoins d'approfondir ce domaine. La doctrine juridique y a également contribué: mentionnons en droit public, A. Lajoie, P.A. Molinari, J.M. Auby, *Traité de droit de la santé et des services sociaux*, Montréal, P.U.M., 1981, et en droit civil, A. Bernardot, R. Kouri, *La responsabilité civile médicale*, Sherbrooke, Editions Revue de droit de l'Université de Sherbrooke, 1980.
2. Ministère de la santé et des services sociaux, *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec, Orientations*, Québec, 1989 [ci-après le Guide].
3. Voir, entre autres, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-5, et la *Loi sur le ministère de la santé et des services sociaux*, L.R.Q., c. M-19.2.

des années 1990 si, bien sûr, la volonté politique (et la volonté du peuple) ne faillit pas.

Ayant pour but la consolidation des acquis du système mis en place et son adaptation, la réponse législative porterait en premier lieu sur les structures et les paliers de pouvoir. Sous réserve de certains changements de désignation, on retrouverait des établissements publics au niveau local, des régies de la santé et des services sociaux au niveau régional et le ministère de la Santé et des Services sociaux au niveau central. Mais l'heure sera à l'intégration et à la complémentarité des établissements de même qu'à une meilleure coordination et planification sous l'impulsion des régies en conformité des politiques et des programmes-cadre du Ministère. Les régies en prenant la relève des CRSSS assumeront toutefois des responsabilités élargies, notamment en matière d'allocation budgétaire régionale. De la sorte, le Ministère opérerait un certain repli vers des attributions plus générales, en vue de remplir un rôle moins interventionniste et centralisateur.

Ces éléments de réforme ne surprendront pas: non seulement étaient-ils déjà proposés par la Commission Castonguay-Nepveu en 1970, mais également la Commission Rochon en 1987 les avaient faits siens⁴. On peut se perdre en conjectures pour tenter d'expliquer l'échec de la décentralisation dans les années 1970; une chose est certaine: la transposition dans les lois de mécanismes adéquats n'a pas été accomplie. Doit-on dès lors réellement s'attendre à un véritable changement de cap et à l'octroi de pouvoirs décisionnels au niveau régional? Il conviendra en temps utile d'évaluer le passage des orientations aux réalisations.

Sur un autre plan, l'administration interne des établissements de services serait bouleversée. D'une part, le Guide met de l'avant l'idée d'un conseil d'administration unique pour plusieurs catégories d'établissement d'un même territoire à l'exception des centres de services sociaux et des centres hospitaliers universitaires. D'autre part, il propose une nouvelle composition de ces conseils permettant d'assurer une meilleure participation des citoyens. Ces modifications

4. *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, Québec, 1970 (Commissaire: C. Castonguay); *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Publications du Québec, 1988 (Commissaire: J. Rochon).

visent sans conteste à parachever les efforts d'ouverture à la participation populaire déjà amorcés avec la réforme antérieure dont l'insuccès a toutefois été démontré⁵. Mais cette fois-ci, la présence plus que symbolique des citoyens aux conseils d'administration ne serait pas la seule voie suivie.

En effet, de façon originale, le Guide se révèle favorable à l'instauration d'un partenariat viable avec les organismes communautaires. Evincés ou ignorés dans la réforme du système des années 1970, les organismes communautaires retrouvent une place et un rôle privilégiés. On se doit néanmoins de souligner que le soutien à ce partenariat ne paraît pas dépendre d'une adaptation législative mais bien plutôt d'un processus se situant hors de ce cadre.

C'est d'ailleurs là que se produiront les aménagements les plus significatifs du système de santé des années 1990. Plusieurs mesures souhaitées par le Guide en vue d'établir une concertation et une coordination, soit inter-sectorielle avec d'autres ministères, soit intra-sectorielle, s'inscriront dans la mise en place de structures parallèles au système. Sans un reflet législatif précis, on peut se demander si les objectifs de santé poursuivis par cette nouvelle dynamique seront atteints.

En tant que juriste intéressé à l'étude du système de santé, cette perspective n'apparaît pas trop réjouissante. D'ores et déjà, plusieurs problèmes juridiques d'interprétation et d'application se sont posés (statut des établissements, valeur obligatoire des directives et normes diverses, partage des responsabilités, etc.) sans que des modifications successives aux textes législatifs et réglementaires n'en facilitent la compréhension. On peut donc se demander si l'occasion sera saisie d'éclairer et de simplifier ces questions. A ce titre, il convient du reste de saluer la volonté du ministre d'alléger la réglementation en matière budgétaire et financière. Il serait souhaitable qu'un esprit semblable anime la réforme des règles relatives à l'organisation des structures.

Cependant, les propositions devant permettre l'essai de nouvelles formules, entre autres, celles des centres de soins, tels les OSIS, ou encore de comités de concertation avec les organismes du milieu,

5. A. Lajoie, P.A. Molinari, *Pour une approche critique du droit de la santé: droit et matérialisation des politiques sociales*, Montréal, P.U.M., 1987.

laissent présager le maintien d'une incertitude quant au caractère normatif du droit de la santé compris dans les lois et les règlements. Les pouvoirs discrétionnaires du ministre n'apparaissant pas à l'heure actuelle lui donner une si grande marge de manoeuvre, il faudra rester vigilant à la rédaction des textes, du moins de ceux qui ne peuvent échapper à la publication, ce qui n'est pas le cas de tous les décrets, ententes et autres actes juridiques précisant les rôles des acteurs du système de santé.

Par-delà cette nécessaire clarification que l'on doit espérer de la mini-réforme, il faudrait en même temps viser une certaine stabilité des règles. Comme on l'a démontré⁶, la précarité de l'édifice juridique depuis les années 1970, en raison de son «extrême mutabilité», rend tout aussi pressant le besoin d'assurer une relative continuité du régime juridique applicable à l'organisation du réseau public. En ce sens, le sentiment de consolidation des acquis du système de santé perceptible à travers l'énoncé des orientations ministérielles pour les années 1990 paraît conforter cette pensée. C'est à ces conditions, nous semble-t-il, que pourra se réaliser l'adaptation du système à la poursuite des objectifs de santé.

Il demeure cependant troublant de constater qu'il aura fallu plusieurs années d'études, des masses de documents, divers comités, une commission d'enquête et une tournée ministérielle pour précipiter une prise de conscience des grandeurs et des misères du système québécois à peine en place depuis quinze ans. Le temps requis au parachèvement de la réforme des années 1970 a été vite dépassé par la vitesse de l'éclosion de nouveaux problèmes sanitaires et sociaux de même que de l'érosion des structures naissantes aux prises avec les défis de la gestion des ressources. La question est donc de savoir si le facteur temps jouera de manière favorable ou non à la mini-réforme des années 1990. Sur ce point, on ne peut s'empêcher de remarquer dans le Guide l'imprécision de l'échéancier et du financement des mesures législatives et autres qui en permettront l'implantation.

Par ailleurs, de façon plus positive, il est possible de reconnaître un semblant de consensus sur les buts et les moyens de

6. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Recherche no 20, *Le droit des services de santé et des services sociaux: évolution 1981-1987* par A. Lajoie, P.A. Molinari et L.H. Richard, Québec, Publications du Québec, 1987.

la mise en oeuvre du «recentrage» ou de la «réorientation» du système. Les documents rendus publics révèlent de nombreux éléments communs bien qu'ils demeurent par le ton, l'ampleur ou les visées, très variés. Ainsi, contrairement à ce que certains ont pu prétendre, les rapprochements entre le Rapport de la Commission Rochon et le Guide de la ministre Lavoie-Roux s'établissent aisément. On se plaît à penser qu'ils témoignent également d'un accord relatif au nouveau contrat social devant accompagner les changements du système de santé.

Il semble inéluctable que la réalisation de cette mini-réforme passe par des modifications législatives. A ce stade, il nous apparaît pertinent de proposer qu'en parallèle, s'opère une réflexion sur le rôle du droit de la santé et de son adéquation à répondre aux objectifs de santé ainsi mis de l'avant. En effet, le degré de précision du contenu des modifications futures apparaît inversement proportionnel au caractère tangible de ces objectifs. Les changements de structures et des rapports de pouvoirs se transposent plus aisément en termes juridiques que les mesures visant à assurer la primauté de la personne dans la dispensation des services de santé.

L'extrême fragilité des droits de la personne à l'accès aux services, à l'information, à la confidentialité de même qu'à la protection demeure tout aussi présente dans le Guide. L'idée d'une carte-santé ou d'un dossier unique, par exemple, bien que proposée globalement sous forme expérimentale, appelle ainsi certaines réserves. Sur un autre plan, le renforcement du rôle des comités de bénéficiaires ou des associations des malades reste lié à des propositions timides. Enfin, les mécanismes de recours des bénéficiaires incluant celui déjà existant de la plainte à l'organisme régional de même qu'un nouveau recours au Protecteur du citoyen paraissent lourds et dépourvus d'effet réel sur les besoins de la personne face aux intérêts parfois opposés des acteurs du système, particulièrement ceux des dispensateurs de services.

C'est pourquoi le juriste, en observateur critique bien que limité par l'optique du droit, ne devrait pas s'étonner que les orientations proposées, en accentuant les modifications législatives aux structures du système de santé, parviennent de façon incidente sinon marginale à l'adapter à la poursuite d'objectifs centrés sur la personne. Dans cette perspective, le rôle réformateur que l'on voudrait attribuer au droit de la santé paraîtrait vain. Il est à espérer qu'il en sera autrement.