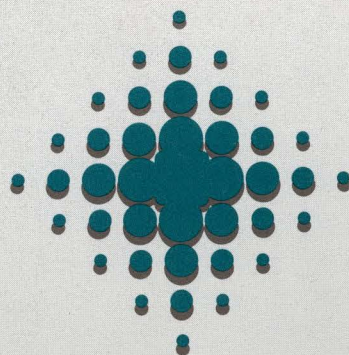


**LA COMMISSION
ROCHON VOUS CONSULTE SUR...**

**CENTRALISATION-
DECENTRALISATION**



COMMISSION D'ENQUÊTE
SUR LES SERVICES DE SANTÉ
ET LES SERVICES SOCIAUX



MANDAT

Conformément au décret du 29 janvier 1986 adopté par le Gouvernement du Québec, la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux a pour mandat :

- d'évaluer le fonctionnement et le financement du système des services de santé et des services sociaux en regard de ses objectifs et plus particulièrement :
 - les fonctions des différentes parties du système des services de santé et des services sociaux incluant :
 - les responsabilités réciproques du ministère de la Santé et des Services sociaux, des conseils régionaux et des établissements ;
 - la coordination des niveaux de décision ;
 - le rôle des professionnels au sein du système ;
 - les mécanismes de participation du milieu et de concertation avec les principaux collaborateurs externes au système de santé et de services sociaux ;
 - le financement des services de santé et des services sociaux en tenant compte notamment :
 - des facteurs influençant l'offre et la demande des services ;
 - du développement technologique ;
 - du niveau et des modes possibles de financement ;
 - du processus de décision pour l'allocation des ressources ;
 - des mécanismes d'évaluation et de contrôle ;
- d'étudier les diverses solutions possibles aux différents problèmes que connaît le système des services de santé et des services sociaux ;
- de faire au Gouvernement les recommandations qui lui semblent les plus appropriées pour assurer le maintien et le développement des services de



COMMISSION

Président : Jean Rochon

Commissaires : Harvey Barkun,
Janine Bernatchez-Simard,
Roger Bertrand,
Jean-Pierre Duplantie,
Norbert Rodrigue

Secrétaire général : Guy Gélneau

DOCUMENT SOUMIS
A LA
CONSULTATION

CENTRALISATION - DECENTRALISATION

Commission d'enquête sur les services de santé
et les services sociaux

Mai 1987

AVANT-PROPOS

La Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux adoptait, dès ses débuts, une démarche en deux étapes. La première portait sur l'identification des problèmes et des enjeux et donna lieu à une consultation générale au cours du printemps 1986. La synthèse de cette consultation est publiée dans le document Problématiques et enjeux⁽¹⁾.

La seconde étape des travaux de la Commission porte sur l'élaboration d'hypothèses de solution. Entreprise à l'automne 1986, celle-ci se terminera avec la parution du rapport final de la Commission. Elle sera marquée au cours des prochaines semaines d'une consultation menée sous la forme de séances de travail avec des organismes panquébécois auxquels s'associeront des représentants régionaux.

Le présent document a été préparé en vue de ces rencontres de travail qu'organisera la Commission, au cours du mois de juin 1987, avec divers regroupements d'organismes directement concernés par son contenu. Il vise essentiellement à susciter une discussion entre la Commission et ces regroupements sur un certain nombre d'orientations que pourrait retenir la Commission lors de l'étape finale de ses travaux. En ce sens, ce document de travail ne doit pas être interprété comme le reflet de prises de position ou d'orientations définitives de la Commission. Par ailleurs, les textes publiés par la Commission en avril 1987 peuvent être utiles à la compréhension de certains éléments des documents de travail⁽²⁾.

(1) Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Problématiques et enjeux, Québec, Publications du Québec, avril 1987.

(2) Ibidem

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Quelques pistes de réflexion, Québec, Publications du Québec, avril 1987.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE

I - DES CONSTATS	3
II - LA PROBLÉMATIQUE ACTUELLE DE LA CENTRALISATION - DÉCENTRALISATION	4
2.1 Un modèle qui s'appuie sur des objectifs	4
2.2 Un modèle qui tient compte du contexte politique	5
III- HYPOTHÈSE DE SOLUTION	7
3.1 Les préalables	7
3.2 L'hypothèse	8

P R É A M B U L E

Dans l'esprit des commissaires de la Commission Castonguay-Nepveu, la décentralisation et la régionalisation devaient jouer un rôle important dans l'amélioration de l'état de santé de la population et du milieu: "Il faut que les pouvoirs de décision des divers niveaux du régime correspondent à leur tâche et qu'on situe l'orientation et la planification du régime à un niveau qui commande suffisamment de ressources pour être souple et qui soit à la fois assez près des problèmes pour les reconnaître rapidement et agir en conséquence"(1). La Commission actuelle souscrit également à cette conception de la décentralisation, c'est-à-dire à la délégation de pouvoirs et de responsabilités du Ministère vers les régions. Elle est toutefois d'avis que la décentralisation n'est ni une fin en soi, ni une panacée: l'utilité de la décentralisation est fonction des mandats et des objectifs que l'on poursuit. C'est pourquoi, l'hypothèse dont fait état ce court texte "s'arrime" à l'approche, préalablement développée par la Commission(2), qui identifie quatre champs d'intervention dans le système des services de santé et des services sociaux. Sa proposition sera donc modulée en fonction des différents champs, ceux-ci se référant à des problématiques, à des objectifs et à des stratégies d'intervention qui leur sont propres.

Pour les fins de la discussion, il faut préciser que la notion de décentralisation se distingue de celle de déconcentration. Dans le cas d'une décentralisation, il y a délégation de pouvoirs et de responsabilités; en outre, l'organisme décentralisé possède sa personnalité juridique propre. Dans le cas d'une déconcentration, il y a partage de pouvoirs au sein d'une même entité juridique, mais ce partage ne s'accompagne pas d'une délégation correspondante de responsabilités (ex. bureaux régionaux de la CSST). Par ailleurs, la pro-

(1) Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, La santé, volume IV, tome 2, Québec, Editeur officiel du Québec, 1970, p. 53.

(2) Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Quelques pistes de réflexion, "Les priorités et les approches d'intégration", Québec, Publications du Québec, avril 1987.

position avancée par la Commission s'inscrit dans une optique de décentralisation administrative et non politique. Enfin, il ne faut pas confondre décentralisation et régionalisation: celle-ci peut aussi bien se réaliser dans un système centralisé, décentralisé ou déconcentré, car "régionaliser", c'est adapter un ensemble de services aux besoins d'une région.

D'autre part, la question de la centralisation et de la décentralisation ne peut être abordée en vase clos. Toute modification au régime actuel aura des répercussions sur d'autres variables organisationnelles majeures comme la participation des citoyens et la concertation. Ainsi, l'hypothèse avancée par la Commission influencera les niveaux et les lieux de participation ainsi que la nature des pouvoirs et des mandats qui y sont rattachés. Le processus de concertation, tel qu'il s'est développé dans les régions, sera à son tour influencé par les nouveaux rapports de pouvoir et le nouvel équilibre entre les acteurs du système.

I - DES CONSTATS

Lors de sa tournée de consultations au printemps 1986, la Commission a entendu de nombreux commentaires portant directement ou indirectement sur le partage des pouvoirs et le fonctionnement du système. Parmi ces constats, la Commission retient principalement les suivants:

- . De façon générale, les règles du jeu actuelles font problème: plusieurs critiquent l'ambiguïté du partage des pouvoirs et des responsabilités entre le Ministère, les conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) et les établissements. Le Ministère, dit-on, s'ingère dans la gestion quotidienne du réseau, impose une lourde réglementation, mais ne propose que peu ou pas d'orientations globales. Quant aux CRSSS, ils disposent, selon certains, d'une marge de manoeuvre réduite face au Ministère et sont parfois court-circuités par les établissements.
- . Plusieurs considèrent que, malgré la décentralisation administrative de certains dossiers vers les CRSSS, le Ministère conserve l'essentiel des pouvoirs. Il existe par conséquent une distance importante entre les lieux de décision et ceux de l'action, ce qui entraîne plusieurs effets négatifs interreliés comme le manque de sensibilité aux problèmes régionaux et locaux, l'uniformisation et la standardisation des programmes et le blocage des initiatives émanant des CRSSS, des établissements et des organismes communautaires.
- . Cette standardisation se répercute aussi sur les services. La rigidité des normes actuelles de répartition des ressources empêche une réallocation des fonds non utilisés à d'autres fins jugées plus utiles par les instances régionales ou par les établissements.
- . Les CRSSS sont tiraillés entre leurs rôles de représentation, de gestion et de coordination. En fait, ils jouent davantage un rôle de gestionnaire que d'animateur et de représentant de la population.

- . Dans ce contexte, le processus décisionnel est lourd, lent et compliqué. Tous les milieux concernés se sont dits prêts à des ajustements majeurs pour améliorer la situation.
- . Les régions socio-sanitaires du Québec ont chacune leurs traits particuliers (étendue, population, problèmes socio-sanitaires, réseau d'établissements). Elles présentent un dynamisme et une capacité d'innover qui leur sont propres. Or, la décentralisation est appliquée, grosso modo, de la même façon à l'ensemble des régions.
- . De plus, le découpage actuel des régions, effectué sur la base de critères administratifs, ne correspond pas toujours à la réalité géographique et aux sentiments d'appartenance de la population. Il peut devenir difficile, voire impossible, de mettre en oeuvre des politiques régionales qui répondent aux besoins des populations, si le territoire n'est pas adéquatement découpé.

II - LA PROBLEMATIQUE ACTUELLE DE LA CENTRALISATION - DÉCENTRALISATION

2.1 Un modèle qui s'appuie sur des objectifs

La Commission a déjà précisé les six objectifs généraux du système de santé et des services sociaux qui visent à protéger les acquis: l'accessibilité universelle aux services, l'offre d'une gamme complète de services, l'adaptabilité, la continuité des services, l'accès à l'information et la participation⁽¹⁾. A l'intérieur de ces grandes orientations, la centralisation - décentralisation devrait plus précisément concourir à:

(1) Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Quelques pistes de réflexion, "Les finalités et les objectifs: un essai de définition", Québec, Publications du Québec, avril 1987.

- offrir des services mieux adaptés aux besoins de la population;
- assouplir les modalités de dispensation des services;
- favoriser la continuité des services et la complémentarité entre les établissements d'une région ou d'une sous-région donnée;
- renforcer aux paliers local et régional la participation des citoyens à la détermination des priorités et à l'allocation des ressources;
- informer la population de ses droits, des services offerts, des recours possibles, et la renseigner sur les causes des problèmes sanitaires et sociaux.

Toutefois, quel que soit le modèle de centralisation - décentralisation, l'État doit continuer à assurer l'équité dans le domaine de la santé et du bien-être, notamment en matière d'accessibilité aux services, de répartition des ressources, de protection des droits de la population.

2.2 Un modèle qui tient compte du contexte politique

Un modèle de centralisation - décentralisation implique un partage des pouvoirs: tous les acteurs du système, du Ministère à la population elle-même, sont concernés et affectés par ce processus. Chacun d'eux a tendance à l'interpréter et à l'orienter en fonction de ses propres besoins et de sa propre conception de l'organisation. Ces divergences découlent, dans une large mesure, de la position que les acteurs occupent dans le réseau ou dans leur milieu.

Le choix de centraliser ou de décentraliser n'est pas neutre et la mise en oeuvre de cette politique ne devra négliger ni le rôle et les intérêts des intervenants en présence, ni les contraintes administratives et politiques. Il faut mentionner, à titre d'exemples, les éléments suivants:

- . Plus de 40% du budget du gouvernement du Québec en matière de santé et de services sociaux proviennent du gouvernement fédéral. Dans ce contexte, le gouvernement du Québec est peu enclin à fortement décentraliser et à courir ainsi le risque de présenter un front divisé ou affaibli dans ses négociations avec son homologue fédéral.
- . Les règles du jeu actuelles en matière de budgétisation publique (Loi de l'administration financière, rôle du ministre des Finances, du contrôleur des Finances et du Conseil du trésor, structure des crédits et programmations budgétaires) présentent un caractère très centralisé. Tout projet de décentralisation dans le secteur des services de santé et des services sociaux qui comporterait une dimension financière devrait s'accompagner d'une modification de ces règles du jeu, laquelle requerrait une décision gouvernementale.
- . Le ministre de la Santé et des services sociaux doit rendre compte devant l'Assemblée nationale de la gestion de son ministère et, partant, de celle du réseau. Il doit donc avoir la haute main sur les leviers de commande.
- . Certains acteurs du réseau parviennent, en vertu de leur pouvoir, à modifier le contenu de la décentralisation prévue par le centre. Dans le cas de la décentralisation vers les CRSSS par exemple, on constate que les associations d'établissements et les associations de professionnels de la santé ont tenté, et dans une large mesure réussi, à édulcorer la teneur initiale de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et les modifications subséquentes de celle-ci⁽¹⁾.
- . L'influence des acteurs joue également en région. Chacune a sa dynamique propre qui résulte de facteurs tels que la géographie, l'emplacement du CRSSS, la condition socio-économique de la population. La dynamique de la région est aussi influencée par des éléments comme la personnalité ou le leadership du directeur général du CRSSS, la présence ou l'absence de gros établissements dans la région, le réseau d'influences de personnes ayant des contacts avec des associations nationales ou auprès du Ministère, le fait d'alliances entre groupes d'acteurs, etc.

(1) Projets de loi 65 (1971) et 27 (1981).

III - HYPOTHÈSE DE SOLUTION

3.1 Les préalables

La Commission bâtit son hypothèse de centralisation - décentralisation des pouvoirs et des responsabilités dans le système des services de santé et des services sociaux sur les préalables suivants:

- . La centralisation - décentralisation des pouvoirs et des responsabilités pourrait prendre comme point de départ les quatre champs d'intervention proposés par la Commission dans sa publication Quelques pistes de réflexion: le champ des problèmes généraux sanitaires et sociaux, le champ des problèmes de santé spécifiques, le champ des problèmes sociaux spécifiques, le champ des problèmes de population. A cette étape-ci de ses travaux, seuls les trois premiers champs d'intervention seront considérés. La Commission souhaite ainsi discuter de la centralisation-décentralisation à partir de la nature des interventions du système sans avoir à se référer aux structures administratives existantes ou aux établissements, et sans préjuger de la répartition ultime des pouvoirs et des responsabilités entre toutes les composantes du système.
- . Dans le contexte actuel et dans un avenir prévisible, seule la décentralisation administrative de certains pouvoirs et de certaines responsabilités semble réaliste. Ce choix n'exclut pas la participation d'élus locaux à des instances décisionnelles du système. Il n'exclut pas non plus la possibilité de mettre sur pied des expériences particulières de décentralisation politique de certains programmes d'activités dans des municipalités, par exemple.
- . Toute hypothèse de centralisation - décentralisation de pouvoirs et de responsabilités ne doit pas compromettre le principe d'équité qui sous-tend le système de services de santé et de services sociaux du Québec.

- . La décentralisation de certains pouvoirs et de certaines responsabilités devrait viser à rapprocher le plus possible la population des lieux de décision, surtout lorsque sa perception des réalités et des problèmes peut éclairer des prises de décision et des choix de priorité qui la concernent directement.
- . Tout modèle de centralisation - décentralisation, aussi homogène soit-il, doit être suffisamment souple et flexible pour permettre des aménagements différents selon les régions ou les localités.

3.2 L'hypothèse

Dans le texte Quelques pistes de réflexion, la Commission a clairement signifié son choix en faveur d'un système de services de santé et de services sociaux qui soit sous la responsabilité de l'État. En vertu de ce choix, il incombe à l'Etat d'être le maître d'oeuvre du système et d'établir le niveau global requis de ressources humaines, matérielles et financières.

Selon l'hypothèse envisagée, la répartition de ces ressources se ferait sur la base d'au moins trois sous-ensembles distincts:

- . les ressources réservées aux interventions dans le champ des problèmes généraux sanitaires et sociaux;
- . les ressources réservées aux interventions dans le champ des problèmes sociaux spécifiques;
- . les ressources réservées aux interventions dans le champ des problèmes de santé spécifiques.

Les ressources du champ des problèmes généraux sanitaires et sociaux seraient réparties entre les différentes régions du Québec. Cette répartition s'effectuerait selon des paramètres qui, sur une période plus ou moins longue, permettraient à chaque région d'obtenir sa juste part. L'instance régionale serait responsable de l'allocation des ressources sur son territoire, en fonction des priorités établies régionalement et en tenant compte de la gamme complète de services à offrir, gamme définie par le niveau central.

De par sa nature, le champ des problèmes généraux sanitaires et sociaux rejoint le plus grand nombre de personnes. C'est également le champ qui concerne le plus directement les organismes communautaires et où les solutions apportées aux problèmes peuvent varier sensiblement selon les communautés locales et selon les régions.

L'allocation des ressources de même que leur répartition entre les établissements, les organismes communautaires et les organismes privés financés par l'État pourraient donc à la limite varier sensiblement d'une région à l'autre. Il appartiendrait à chaque instance régionale de rendre compte de sa gestion au niveau central.

Quant aux ressources dévolues au champ des problèmes spécifiques, elles seraient administrées par le niveau central qui verrait à leur répartition entre les divers établissements concernés. Il incomberait au niveau central d'assurer une répartition juste et équitable des services relevant de ce champ sur tout le territoire du Québec.

Pour des raisons d'efficacité et d'équité, et compte tenu de l'impact des rémunérations sur les budgets gouvernementaux, le niveau central continuerait de s'occuper de la négociation des rémunérations des personnels et des professionnels. Les instances régionales pourraient toutefois gérer et administrer des enveloppes budgétaires fermées de rémunération dans le champ des problèmes généraux sanitaires et sociaux.

En vertu de ce qui précède, les organismes et les établissements qui offrent directement des services à la population auraient le mandat de gérer les ressources qui leur sont allouées conformément aux priorités régionales (champs des problèmes généraux sanitaires et sociaux) et aux priorités nationales (champ des problèmes spécifiques). Un même établissement ou un même organisme pourraient puiser son financement aux deux sources (centrale et régionale) lorsque la nature des services en cause l'exige.

Conclusion

L'hypothèse de centralisation - décentralisation soulève inévitablement la question du rôle et des missions des établissements. Celle-ci ne saurait toutefois trouver de réponse sans que ne soient esquissées les grandes lignes d'un nouveau partage des responsabilités et des pouvoirs entre les sous-ensembles préalablement décrits. La Commission compte poursuivre l'étude de cette question en tenant compte des avis que lui fourniront les participants lors de la consultation. Par ailleurs, la Commission entend également examiner l'incidence de la taille des grandes régions urbaines, notamment celles de Montréal et de Québec, sur l'hypothèse de centralisation - décentralisation.