

Avis de la

Confédération des organismes
du Québec

(COPHAN)

sur le projet de loi 25

***Loi sur les agences de développement
de réseaux locaux de services
de santé et de services
sociaux***

Novembre 2003

Présentation de la COPHAN

La COPHAN est un organisme à but non lucratif fondé en 1985 pour et par des personnes ayant des limitations fonctionnelles. La COPHAN a pour mission la défense collective des droits des personnes ayant des limitations fonctionnelles, de tous âges, et leurs proches, pour une inclusion sociale pleine et entière. Elle regroupe une trentaine d'organismes provinciaux de personnes ayant des limitations fonctionnelles et rejoint toutes les limitations fonctionnelles : motrices, organiques, neurologiques, intellectuelles, visuelles, auditives, troubles d'apprentissage, parole et langage et santé mentale.

Grâce à la collaboration, la consultation et la concertation de ses membres, la COPHAN s'implique et intervient, au niveau fédéral et provincial, dans le vaste domaine des politiques sociales : la santé et les services sociaux, l'éducation, le transport, le travail, le développement de la main-d'œuvre, la justice, la sécurité du revenu, l'aide juridique, la fiscalité, la culture, les loisirs, etc.

La COPHAN n'existe que par ses membres et met en œuvre le principe suivant lequel les personnes qui vivent quotidiennement les difficultés sont les véritables experts : leurs compétences, leurs expériences et leurs recommandations doivent influencer les décisions politiques. Les actions que privilégie la COPHAN touchent tous les aspects de la vie des personnes ayant des limitations fonctionnelles. Ceci nous amène à intervenir fréquemment dans le dossier de la santé et des services sociaux, puisqu'on y retrouve une part importante des mesures, politiques et programmes qui, du moins par leur objet même, visent à favoriser l'inclusion sociale des personnes ayant des limitations fonctionnelles.

Rappel des principales interventions et positions de la COPHAN dans le dossier de la santé et des services sociaux

La COPHAN intervient de façon continue dans différents dossiers en matière de santé et de services sociaux. Les principaux dossiers qui nous préoccupent plus particulièrement actuellement sont les suivants :

- Le sous-financement du système de santé et des services sociaux
- L'impact de ce sous-financement, notamment sur le programme de services à domicile et les différents programmes d'aides techniques visant à favoriser l'inclusion et la participation sociale pleine et entière des personnes ayant des limitations fonctionnelles
- Le renforcement nécessaire des services de première ligne pour répondre aux besoins de base en santé et services sociaux tant pour la population en général que pour les personnes ayant des besoins plus spécifiques comme les personnes ayant des limitations fonctionnelles

- La mise en œuvre, dans l'immédiat, des différents plans d'action qui ont été adoptés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) suite à des travaux qui ont permis aux représentants des groupes de personnes visées par ces plans d'action de faire valoir les besoins de ces personnes : plan d'action en déficience physique, en dysphasie, en santé mentale, en déficience intellectuelle, etc...
- L'investissement des sommes requises pour la mise en œuvre effective de ces plans d'action
- La mise en œuvre effective des ententes de complémentarité de services des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'éducation
- La tenue d'une véritable consultation publique sur la proposition de carte de santé du Québec et sur les objectifs poursuivis par la mise en place d'une telle carte ou de toute autre proposition d'informatisation et de circulation de l'information contenue dans les dossiers des personnes (carte à microprocesseur)
- L'obligation d'assurer la participation de la population, notamment les personnes ayant des limitations fonctionnelles, aux prises de décisions les concernant, dans le domaine de la santé et des services sociaux
- Le rôle de l'État dans la réalisation du droit à la santé et la sauvegarde du caractère public de notre système de santé et de services sociaux
- L'intégration dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* des cinq grandes règles générales énoncées dans la loi canadienne : la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité, et l'accessibilité. À ces cinq grandes règles, la loi canadienne ajoute deux obligations qui viennent les renforcer : l'interdiction de la surfacturation et des frais modérateurs.

Les membres de la COPHAN ont, à maintes reprises, manifesté leur point de vue et leurs inquiétudes concernant chacun de ces éléments, en mettant en lumière leur incidence directe, entre autres, sur les conditions de vie des personnes ayant des limitations fonctionnelles et de leurs proches.

Le projet de loi 25 ne répond à aucune de nos attentes

Le projet de loi 25 propose la mise en place d'un processus de réorganisation des services de santé et de services sociaux qui n'offre aucune réponse à l'ensemble de nos attentes relatives aux principaux dossiers qui nous préoccupent, tel qu'énumérés précédemment. De plus, il s'appuie sur l'idée que c'est par les fusions d'établissements que le MSSS sera en mesure d'assurer à la population une proximité des services et la facilitation du cheminement de toute personne dans le réseau de la santé et des services sociaux. C'est à notre avis, une proposition vouée à l'échec car elle ne tient pas compte de la nature des obstacles qui empêchent actuellement la réalisation de ces deux objectifs

qui demeurent toutefois essentiels pour qu'un système de santé et de services sociaux réponde adéquatement aux besoins des personnes.

À ce propos nous avons par le passé, que ce soit à l'occasion des consultations menées par la Commission Clair ou à l'occasion de différents travaux initiés par le MSSS, comme celui visant à élaborer un plan d'action en déficience physique, mis en lumière certains problèmes et proposé certaines avenues de solutions. Nous estimons que ces propos méritent d'être réitérés puisque ces commentaires portent justement sur diverses propositions de réorganisation des services et indiquent les attentes des personnes qui ont des limitations fonctionnelles à ce sujet.

« La pierre angulaire de l'organisation des services : la personne au centre du système »

Devant la Commission Clair, comme devant toute autre tribune, nous continuons de soumettre que cet énoncé de principes mérite d'être constamment rappelé et doit constituer la référence de base lorsqu'il s'agit de revoir l'organisation des services, en fonction des besoins des personnes.

Pour les personnes qui ont des limitations fonctionnelles, sauf en ce qui concerne les personnes qui vivent ou ont vécu des problèmes de santé mentale dont les associations réclament un autre mode d'intervention, l'évaluation des besoins et la réponse que constitue l'élaboration du plan d'intervention, doivent avant tout reposer sur la participation active de la personne à ce processus, avec un professionnel de son choix. La personne doit pouvoir compter sur le travail de coordination d'un seul et même intervenant, l'intervenant-pivot, qui verra, avec la personne, au suivi du plan d'intervention.

L'approche ne peut reposer sur un modèle uniquement médical : elle doit avant tout être conçue en vue d'agir sur les situations productrices de handicap et favoriser l'inclusion sociale de la personne.

En bref : la personne n'est pas un diagnostic et l'approche "médico-curative" ne peut à elle seule répondre aux besoins des personnes ayant des limitations fonctionnelles, pas plus d'ailleurs qu'à l'ensemble de la population.

L'approche multidisciplinaire doit être privilégiée. Dans le cas de certaines limitations fonctionnelles, notamment pour des personnes atteintes de spina-bifida, fibrose kystique, maladie neuromusculaire, maladie poly-symptomatique ou encore pour les personnes de petite taille ou victimes de la thalidomide, l'expérience de journées cliniques spécialisées et multidisciplinaires, s'est avérée concluante en terme d'évaluation globale de la personne et de « ré appropriation » de l'expertise, puisque la personne visée peut ainsi rencontrer au même moment l'ensemble des professionnels et intervenants de la santé et des services sociaux.

De plus, les professionnels qui participent à ces équipes multidisciplinaires sont appelés à justifier devant leurs pairs les choix qu'ils proposent et en arrivent à développer, avec la participation de la personne, un plan d'intervention globale et une expertise fort appréciable pour eux-mêmes et les personnes qui en bénéficient.

Pour soutenir un modèle d'intervention fondé sur une approche multidisciplinaire, le MSSS doit investir les sommes nécessaires pour assurer la disponibilité des ressources humaines requises. En effet, il faut tenir compte qu'une telle approche oblige à prévoir du temps de concertation et d'échange pour la mise en commun des différentes expertises.

Quelle devrait être la porte d'entrée pour avoir accès à ces services axés sur une approche multidisciplinaire? Dans certains cas bien déterminés (tels que les personnes de petite taille, les personnes ayant une déficience visuelle¹) ce sont les centres de réadaptation qui s'avèrent être la porte d'entrée la plus pertinente pour répondre aux besoins spécifiquement liés aux limitations fonctionnelles de ces personnes alors que dans d'autres cas, notamment en ce qui concerne les limitations fonctionnelles multiorganiques, telles que la fibrose kystique ou encore certaines déficiences motrices tel que le spina-bifida² ce sont certains centres hospitaliers qui sont ou devraient être désignés à cette fin. Soulignons ici que les personnes directement concernées devraient être consultées à ce sujet.

De façon générale toutefois, la porte d'entrée du système doit être le CLSC. L'organisation des services médicaux et sociaux de première ligne, fondée sur une approche multidisciplinaire, doit être maintenue au sein du réseau des CLSC, lequel a pour mission, telle que définie par la *Loi sur la santé et les services sociaux*, d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à toute la population desservie (y compris les personnes qui ont des limitations fonctionnelles), des services de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion. À cette fin, la loi prévoit que le CLSC doit s'assurer que les besoins de la personne soient évalués, et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail, à domicile ou, si nécessaire, s'assurer que la personne soit dirigée vers les centres, organismes ou personnes plus aptes à leur venir en aide.

Ajoutons toutefois, que dans les cas où une personne est déjà impliquée dans un processus multidisciplinaire auprès d'un service spécialisé du réseau, le CLSC devrait faire sienne l'évaluation faite par les professionnels de ce service spécialisé, afin d'éviter le dédoublement inutile du processus d'évaluation des besoins au moment de l'attribution de ses services.

¹ Cette énumération n'est pas exclusive.

² Cette énumération n'est pas exclusive.

En ce qui concerne le secteur privé, nous avons fait valoir devant la Commission Clair tout comme devant de multiples autres auditoires que nous ne croyons pas qu'il soit en mesure de développer une approche multidisciplinaire qui viserait à répondre adéquatement aux besoins réels des personnes, puisque les objectifs poursuivis reposent en grande partie sur la réalisation d'un profit maximal pour les actionnaires de la clinique ou de l'établissement.

Certes, le réseau des CLSC a connu des ratés, et ne répond pas actuellement de façon adéquate aux besoins de la population, dont les personnes ayant des limitations fonctionnelles. Mais ces problèmes sont liés, en grande partie, au fait que le "virage ambulatoire" s'est fait dans le contexte du "déficit 0", et que les CLSC n'ont pas eu les ressources nécessaires pour remplir l'ensemble de la mission qui leur avait été confiée. Ainsi, tout le monde a écopé et en particulier en ce qui concerne les personnes ayant des limitations fonctionnelles ayant besoin de services à domicile.

Par ailleurs, un des principaux obstacles identifiés au développement d'une approche multidisciplinaire repose à notre avis, sur la pratique médicale actuelle ainsi que sur le mode de rémunération des médecins. En bureau privé, c'est le médecin qui crée son "achalandage", pas nécessairement en fonction des besoins réels des personnes, mais en fonction de la rémunération à l'acte, qui invite ni plus ni moins à la multiplication des actes médicaux et des visites médicales.

Précisons que ce mode de rémunération constitue également une entrave au développement d'une approche fondée sur la prévention puisqu'on n'intervient que dans une approche de gestion de la maladie.

De surcroît, ce mode de rémunération ne permet pas le développement d'une véritable coordination des services. En effet, l'assurance d'une coordination accrue repose avant tout sur le renforcement du rôle social et de l'intervention de l'État en matière de santé et de services sociaux. Or, tant que les médecins vont exercer leur profession sans qu'on ne puisse orienter cet exercice en fonction des besoins de la population, comment pouvons-nous espérer véritablement planifier la réponse à ces besoins, alors que le principal gestionnaire des ressources, en l'occurrence l'État, n'a pas de contrôle réel sur une énorme partie des dépenses engagées dans le paiement à l'acte des médecins ?

Or, le projet de loi 25 n'aura aucun effet sur ces problèmes décriés à maintes reprises par un nombre impressionnant d'observateurs experts en matière de santé et de services sociaux. Le projet de loi n'impose pas aux médecins l'obligation de participer aux réseaux locaux de services intégrés. Et par ailleurs, il n'offre aucune voie de solution en ce qui concerne le problème de la répartition des médecins sur le territoire du Québec.

Au niveau de l'organisation des services, nous avons rejeté à l'époque les scénarios proposés pour fin de consultation par la Commission Clair car ceux-ci n'avaient pas à nos yeux le mérite de constituer une vision globale de ce que devrait être notre système de santé et de services sociaux. C'est pour cette raison que nous avons, devant la Commission tout comme maintenant, exposé les grands principes qui devraient guider l'État québécois dans ses choix de réorganisation des services. De plus, comme pour le modèle de réseau local de services intégrés proposé par le projet de loi 25, les scénarios proposés dans le document consultatif de la Commission Clair nous apparaissaient davantage axés sur "l'institutionnel" et le "médico-curatif" (comment rendre nos hôpitaux plus performants?) Sans vraiment considérer les voies de renforcement et de développement du "préventif" et de l'approche fondée sur la réponse aux besoins de la population.

Ainsi, le document qui dressait un état de la situation, soumettait à notre attention, deux éléments importants : le sous-développement des services de base et le morcellement des interventions. Au sujet du premier, on nous disait que ce sous-développement était dû au retard dans l'implantation des CLSC ainsi qu'au développement en parallèle des cliniques médicales, à la place qu'occupait l'hôpital comme porte d'entrée du système et à l'accent mis sur les services spécialisés.

Pour corriger la trajectoire, le document faisait valoir qu'il fallait réunir les forces et rendre les hôpitaux plus performants, en s'assurant que des services de base soient donnés en amont et des soins à domicile en aval. Le recours accru au secteur privé était nettement privilégié, comme le propose le projet de loi 25 et on référerait là aussi aux organismes communautaires, aux entreprises d'économie sociale et aux entreprises privées.

Face à cette mise en perspective, qui ressemble étrangement au modèle d'organisation des services que semble annoncer le projet de loi 25 nous avons exprimé notre désaccord. D'une part, nous craignons et nous le craignons toujours, qu'un tel scénario accroisse le pouvoir des médecins rattachés aux centres hospitaliers dans la définition des priorités en matière de santé, comme nous l'avons mentionné précédemment, et d'autre part, nous craignons comme c'est le cas encore maintenant qu'on en vienne à retirer de la couverture publique les services ainsi offerts par le privé. La tarification des services offerts par les entreprises d'économie sociale, en ce qui concerne des services à domicile qui étaient autrefois couverts par le secteur public, nous en fournit un bon exemple. Les personnes qui ont des limitations fonctionnelles en font les frais depuis déjà un certain temps.

De plus, rappelons encore une fois que plusieurs experts s'entendent pour dire que dans les pays où l'on a eu recours au privé, comme par exemple en Grande-Bretagne, ce choix n'a pas eu pour effet de réduire les listes d'attente. Ce fut même le contraire, puisqu'à chaque fois qu'un spécialiste fait le choix de

travailler ne serait-ce qu'en partie dans le privé, cela entraîne une baisse dans l'offre de services dans le public, le nombre de spécialistes ne changeant pas pour autant³.

Par ailleurs, en ce qui concerne le morcellement des interventions, le recours accru à une kyrielle d'organismes du secteur privé, dont les entreprises d'économie sociale, poursuivant des objectifs divergents, nous apparaît constituer une barrière supplémentaire à la mise en oeuvre de mesures qui viseraient réellement à coordonner davantage les interventions en matière de santé et de services sociaux.

Demande de retrait du projet de loi 25

Le projet de loi 25 propose de mettre en place un processus visant la réorganisation des services de santé et services sociaux. Le mandat sera confié aux *agences de développement régional* qui remplaceront les régies régionales. Les conseils d'administration (CA) des régies régionales seront abolis dès le 29 janvier 2004 et remplacés par de nouveaux. Les membres de ces nouveaux CA seront désignés par le Ministre.

Les *agences* ont pour fonction de mettre en place une nouvelle organisation de services sur leur territoire (le même que les régies régionales actuelles) qui reposera sur des *réseaux locaux de services intégrés* lesquels seront créés à partir de la fusion obligée d'établissements, identifiés par l'*agence*, qui offrent les services de CLSC, CHSLD et d'un centre hospitalier.

La fusion de ces établissements fera disparaître les CA de ces établissements au profit d'un seul CA, celui de l'*instance locale* ainsi créée, et la composition de ce CA sera déterminée unilatéralement par le Ministre.

Il est prévu en outre que cette nouvelle *instance locale* comprenne des médecins de famille, des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale et des ressources privées.

De l'avis de plusieurs organismes, dont nous sommes, il s'agit d'une réforme majeure de notre système de santé et de services sociaux. Or, l'adoption du projet de loi 25 qui initie tout ce processus de modification se fera sans qu'il n'y ait eu de véritables consultations puisque la Commission des affaires sociales n'entendra que quelques organismes (moins d'une vingtaine). De plus, le modèle de fusion et d'intégration des services retenu par les *agences de développement régionales* ne fera pas non plus l'objet de véritables consultations dans les régions. Le projet de loi 25 prévoit en effet que les consultations auprès de la population ne se feront que par le biais du très restreint Forum de la population.

³ Rioux, Christian, *À l'hôpital des riches : en Grande-Bretagne le réseau privé n'a pas réduit les listes d'attente*. Le Devoir, le 2 mai 2000.

De plus, le Ministre se donne le droit d'accepter le modèle d'intégration des services proposé par les *agences de développement* ou, le cas échéant, d'imposer un autre modèle.

Sous le couvert d'un discours qui laisse entendre que cette réorganisation vise à rapprocher les services de la population, se cache une réforme qui soulève énormément de questions et de craintes, partagées par un large éventail d'organismes (Association des CLSC et CHSLD du Québec, Coalition solidarité santé, Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, centrales syndicales, Fédération des médecins omnipraticiens, différents médias dont *La Presse*, *Le Devoir*, etc.)

Les principales craintes exprimées, qui sont aussi les nôtres, sont les suivantes:

- ❑ Perte des derniers espaces démocratiques que constituaient pour les citoyens et citoyennes les sièges qu'ils occupaient sur les CA des établissements locaux
- ❑ Éloignement accru des services de santé et services sociaux pour la population du fait que la fusion de plusieurs établissements aura pour effet de créer de « super » instances locales de services
- ❑ Assujettissement de l'ensemble de l'organisation des services de santé et des services sociaux autour des besoins des centres hospitaliers
- ❑ Perte de la mission des CLSC au profit de la prédominance de l'hospitalier
- ❑ Perte d'une vision globale de la santé qui tient compte de l'ensemble des déterminants de la santé et du volet social au profit d'une vision médicale et curative
- ❑ Perte de services (tout comme cela s'est passé dans le cadre du virage ambulatoire qui a entraîné une véritable érosion des services offerts par les CLSC puisque les budgets n'ont pas suivi le virage)
- ❑ Nouvelles attributions budgétaires liées à des groupes ciblés prédéterminés par le MSSS. Il faudra faire partie de ces groupes pour avoir accès aux services publics et gratuits...
- ❑ Nivellement vers le bas de la gamme de services offerts
- ❑ Accroissement de la privatisation et de la sous-traitance.

Pour toutes ces raisons, nous adhérons à la *Déclaration commune de la Coalition solidarité santé* qui énonce ce qui suit :

Le ministre Philippe Couillard prépare une réforme majeure du système québécois de santé et de services sociaux. Le projet de loi 25, déposé le 11 novembre dernier, malgré l'ampleur des changements qu'il sous-tend, fera l'objet d'une consultation parlementaire restreinte - seulement 18 organismes ou personnes y seront entendus. L'adoption du projet de loi est prévue avant Noël. Pour y arriver, il est plus que probable que le gouvernement écourtera aussi les débats à l'Assemblée nationale en imposant le bâillon à l'Opposition officielle.

Et pourtant, le projet de loi 25 pourrait signifier :

- 1. La disparition des Centres locaux de services communautaires (CLSC) et des Centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) et de leur mission suite à une fusion forcée qui entraînera leur subordination à des centres hospitaliers importants.*
- 2. Des reculs démocratiques puisque toutes les personnes appelées à siéger sur les conseils d'administration de ces nouveaux établissements issus des fusions, seraient nommées par le Ministre : aucune d'entre elles ne serait élue par la population alors que certaines le sont actuellement.*
- 3. Le retour d'une vision médicale et curative de la maladie au lieu d'une vision globale de la santé qui reconnaît notamment l'importance des déterminants de la santé (ex : conditions de vie).*
- 4. La remise en question de l'universalité de plusieurs services sociaux et de santé qui ont été accessibles et gratuits dans les établissements publics du Québec. Seules certaines populations ciblées qui seraient désignées comme «vulnérables» ou ayant des problèmes particuliers de santé auraient dorénavant droit à ces services.*
- 5. L'ouverture à une sous-traitance et à une privatisation accrue des services qui augmentera les risques de tarification pour des services qui sont actuellement gratuits et l'utilisation des groupes communautaires autonomes à titre de dispensateurs de services à moindre coût.*
- 6. Un recul du droit à la santé par une négation du fait que les services sociaux et de santé publics doivent être accessibles à tous sans égard au statut ou au revenu.*

*Le gouvernement libéral prétend que cette réforme se fait pour les citoyenNEs mais nous constatons surtout qu'elle se fait **sans les citoyenNEs**.*

Le gouvernement, qui a mené sa campagne électorale en promettant les défusions municipales au nom de la démocratie, s'apprête pourtant à imposer les fusions forcées des établissements, sans respect des règles élémentaires de démocratie.

Ces fusions forcées sont prévues même si les principaux acteurs du secteur de la santé et des services sociaux (l'Association des CLSC et CHSLD du Québec, les travailleurs et les travailleuses du réseau, divers regroupements d'organismes communautaires, des citoyenNEs, certains groupes de médecins et même des éditorialistes des grands quotidiens) s'entendent pour dire que la réforme proposée ne permettra pas d'améliorer la qualité des services souhaitée par la population québécoise. Tous conviennent également qu'il y aurait eu moyen d'atteindre cet objectif sans imposer un nouveau brassage des structures à la base du réseau québécois de la santé et des services sociaux.

Pour toutes ces raisons, nous demandons au gouvernement québécois de retirer le projet de loi 25 et d'initier, avec les citoyenNEs du Québec et les travailleurs et les travailleuses du réseau de la santé, un débat réellement démocratique sur l'ensemble des intentions ministérielles et les solutions à mettre de l'avant pour améliorer la quantité, la qualité et la continuité des services offerts à la population.

Les personnes ayant des limitations fonctionnelles n'ont rien à gagner de cette proposition de réorganisation de services qui va à l'encontre des principes qu'elles défendent et des demandes qu'elles expriment depuis plusieurs années auprès des autorités du MSSS.

Nous souscrivons plutôt aux solutions mises de l'avant depuis longtemps par la Coalition solidarité santé :

- ❑ *Des réinvestissements pour ramener les dépenses publiques de santé au moins à la moyenne canadienne – cela nécessiterait des réinvestissements de plus de deux milliards par année;*
- ❑ *Un investissement majeur dans les services sociaux et médicaux en CLSC, la prévention et les services à domicile, et les moyens leur permettant d'offrir des services sociaux et médicaux, 24 heures par jour, 7 jours par semaine – réinvestissements qui seraient aisés si l'absence de contrôle des coûts des médicaments ne provoquait une hémorragie financière annuelle dans les finances du ministère;*
- ❑ *Une médecine de prise en charge où les médecins sont vus comme contribuant aux services publics et non pas comme des entrepreneurs libres de choisir leur lieu de pratique, les moments où ils travaillent, etc. Cela impliquerait également la fin du paiement à l'acte qui incite à multiplier les actes médicaux au lieu de favoriser une médecine familiale et multidisciplinaire;*
- ❑ *Une meilleure répartition des effectifs médicaux sur le territoire québécois et dans les différents territoires.*

En fait, des investissements dans les services de première ligne, la mise en œuvre d'un véritable plan des effectifs médicaux, le contrôle des ressources privées d'hébergement, la consolidation du travail d'intervenants-pivot, des actions de prévention et de promotion, la possibilité de recevoir des services médicaux et sociaux dans notre CLSC, 24 heures par jour, 7 jours par semaine, nous auraient certainement permis d'atteindre des résultats réels et nettement plus significatifs pour la population québécoise.

Il est impossible que tout le monde se trompe et que seul, le ministre ait raison. Du moins, celui-ci ne peut faire comme si son projet de réforme avait fait consensus. En fait, il y a consensus pour dire que le ministre fait fausse route.