

**Nouvelle gouvernance et
réorganisation du système de
santé :**
**nous refusons la mise en péril du
modèle de santé québécois**

**Mémoire à la Commission de la santé et
des services sociaux, dans le cadre des
audiences publiques sur le projet de loi
n° 10 – Loi modifiant l’organisation et la
gouvernance du réseau de la santé et
des services sociaux notamment par
l’abolition des agences régionales**

**Par la Centrale des syndicats du
Québec (CSQ), la Fédération de la Santé du
Québec (FSQ) et la Fédération des syndicats
de la santé et des services sociaux (F4S)**

Novembre 2014



La Centrale des syndicats du Québec (CSQ) représente plus de 200 000 membres, dont 130 000 environ font partie du personnel de l'éducation.

La CSQ compte 11 fédérations qui regroupent quelque 240 syndicats affiliés en fonction des secteurs d'activité de leurs membres ; s'ajoute également l'AREQ (CSQ), l'Association des retraitées et retraités de l'éducation et des autres services publics du Québec.

Les membres de la CSQ occupent plus de 350 titres d'emploi. Ils sont présents à tous les ordres d'enseignement (personnel enseignant, professionnel et de soutien), de même que dans les domaines de la garde éducative, de la santé et des services sociaux (personnel infirmier, professionnel et de soutien, éducatrices et éducateurs), du loisir, de la culture, du communautaire, des communications et du municipal.

De plus, la CSQ compte en ses rangs 75 % de femmes et 30 % de jeunes âgés de moins de 35 ans.

Sommaire du projet de loi

Le projet de loi n^o 10, intitulé **Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales**, vise à favoriser et à simplifier l'accès aux services pour la population, à contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et à accroître l'efficacité et l'efficacités du réseau de la santé. Il propose de modifier l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par l'intégration régionale des services de santé et des services sociaux, par la création d'établissements à mission élargie et par l'implantation d'une gestion à deux niveaux hiérarchiques.

Pour chacune des régions sociosanitaires du Québec, le projet de loi prévoit la création d'un seul établissement régional issu de la fusion de l'agence de la santé et des services sociaux ainsi que de l'ensemble des établissements publics de la région, sauf pour la région de Montréal où le nombre d'établissements régionaux prévu est de cinq auxquels s'ajouteraient quatre établissements suprarégionaux¹. Les 18 agences et les 182 établissements publics de santé de la province² ainsi fusionnés deviendront 24 mégastructures régionales. Ces établissements régionaux porteront le nom de **centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS)**.

Relevant directement du ministère, sans aucun intermédiaire, le CISSS assurerait la prestation des soins et des services à la population de son territoire incluant le volet santé publique. Aucune fermeture de points de services n'est prévue. De nouvelles règles détermineront la composition, la qualification, le mandat, les pouvoirs et le fonctionnement des membres des conseils d'administration de ces nouveaux établissements. Ces membres, tous nommés par le ministre, seront majoritairement indépendants.

Le ministre se voit attribuer de nouvelles fonctions et de nombreux pouvoirs particuliers, et le gouvernement conserve un large pouvoir réglementaire.

Des mesures transitoires assureront que le personnel d'une agence ou d'un établissement public, en fonction au 31 mars 2015, deviendra automatiquement des employés et employées du nouvel établissement et que les conventions collectives continueront à s'appliquer.

La plupart des dispositions de la loi entreront en vigueur le 1^{er} avril 2015.

¹ Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Centre universitaire de santé McGill et Institut de cardiologie de Montréal.

² Les 182 établissements publics se déclinent comme suit : 94 centres de santé et de services sociaux ; 68 centres hospitaliers et centres d'hébergement et de soins de longue durée ; 16 centres jeunesse ; 4 établissements situés dans les régions nordiques, assumant toutes les missions.

Table des matières

Introduction	3
1. L'approche populationnelle : pour une meilleure intégration des services	4
2. Un modèle qui ne répond pas aux besoins de la population ni aux défis du système de santé.....	5
2.1 Le palier régional : une instance de coordination nécessaire, mais.....	6
2.2 Un modèle qui soulève de nombreuses questions et qui porte à confusion.....	7
2.3 Une perte de proximité des services	8
2.4 Des missions spécifiques menacées	10
2.5 Apprendre des fusions passées	11
3. Une nouvelle gouvernance qui soulève des inquiétudes	12
3.1 Un contrôle sur la prise de décision ?	12
3.2 Une centralisation des pouvoirs vraiment préoccupante.....	13
3.3 Un recul démocratique	14
4. Une accélération de la privatisation appréhendée	15
4.1 Le déploiement d'ententes particulières avec le secteur privé	15
4.2 Une infiltration possible des intérêts privés	16
5. Un nouveau modèle moins coûteux ?.....	17
5.1 Des mégastructures plus difficiles à diriger	17
5.2 Les coûts du nouveau modèle de financement.....	17
5.3 Des informations partielles et imprécises.....	18
6. Reconnaître le personnel comme un acteur incontournable pour la pérennité du système public de santé.....	18
7. Reconnaître l'importance des enjeux syndicaux	19
7.1 Des droits démocratiques menacés	20
8. Des solutions qui obtiennent un large consensus.....	21
8.1 Freiner la croissance des dépenses dans certains secteurs d'activités ..	21
8.2 Hausser l'autonomie professionnelle du personnel de la santé	23
8.3 Cesser d'hypothéquer l'avenir et réaffirmer le rôle social de l'État.....	23
Recommandation.....	25
Annexe I.....	26

Introduction

La publication du projet de loi n° 10 visant à modifier l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, le 25 septembre dernier, a créé une onde de choc dans toutes les régions du Québec et plus particulièrement auprès des travailleuses et travailleurs du système de la santé et des services sociaux, qui ont toujours eu à cœur d'offrir des services de qualité. En effet, les changements proposés sont d'une grande ampleur et les impacts potentiels très importants.

Bien que la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) et ses deux fédérations de la santé affiliées, la Fédération de la santé du Québec (FSQ) et la Fédération des syndicats de la santé et des services sociaux (F4S), souhaitent, tout comme le ministre de la Santé et des Services sociaux, améliorer l'accès aux services pour la population, elles ne croient pas que la nouvelle structure proposée améliorera concrètement la quantité et la qualité des services sociaux et de santé, pas plus qu'elle ne permettra de réaliser les économies récurrentes de 220 millions de dollars escomptées par le gouvernement.

La fusion de tous les établissements publics d'une même région sociosanitaire en une seule entité administrative implique de nombreux changements et elle soulève une multitude d'enjeux que nous devons bien percevoir et mieux comprendre afin d'en saisir toutes les incidences. Or, le contexte actuel et la précipitation du gouvernement ne nous permettent pas de faire collectivement le travail de réflexion qui s'impose.

La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales est la première étape d'une vaste réforme de tout le système public de santé. Un projet de loi sur le financement du système de santé et de nouveaux modèles de collaboration avec les partenaires du réseau, notamment les médecins, seront présentés ultérieurement. Il s'avère donc impossible à cette étape-ci de faire une analyse complète des changements à venir et de comprendre précisément les intentions ministérielles.

Toutefois, nous sommes convaincus que la réforme telle que proposée, parce qu'elle s'inscrit dans un contexte de compressions budgétaires et de réduction du rôle social de l'État, n'améliorera pas significativement l'accessibilité et la qualité des services offerts à la population québécoise. Elle risque, au contraire, de démobiliser les travailleuses et travailleurs du réseau, qui sont déjà épuisés par les réorganisations et les réformes des structures qui se succèdent constamment.

Aussi, un gouvernement qui prône une saine gouvernance doit, avant de se lancer dans une réforme de structure aussi majeure, faire une évaluation sérieuse de l'état du réseau et un bilan rigoureux des expériences passées. Un changement

structurel d'une telle importance doit s'appuyer sur une analyse large et publique des données probantes disponibles.

En tant que gestionnaire responsable, il doit également reconnaître la contribution essentielle des travailleuses et travailleurs pour la pérennité du système public de santé. À ce titre, la CSQ et ses deux fédérations de la santé réclament que le personnel du réseau de la santé et des services sociaux soit reconnu et considéré comme un acteur incontournable et traité avec toute la considération que cela implique.

1. L'approche populationnelle : pour une meilleure intégration des services

Le ministre Barrette affirme que la réforme simplifiera les structures, améliorera l'accès et permettra « d'atteindre une fluidité sans faille dans notre système³ ». Il dit vouloir mettre l'usagère et l'usager « au cœur du système », tout comme l'invoquaient les ministres Marc-Yvan Côté, Jean Rochon et Philippe Couillard pour justifier la création des régies régionales (1991), le virage ambulatoire (1998) et la transformation des régies en agences régionales (2005). Or, quels ont été les gains réels obtenus par les usagères et usagers de ces multiples réformes ? Sans les ressources nécessaires promises, plusieurs problèmes d'accessibilité aux services sociaux et de santé sont toujours observés.

Depuis plus de quarante ans, l'importance de développer une première ligne forte afin d'assurer l'accès aux services et une prise en charge efficace des individus est reconnue et bien documentée. Il s'agit d'un préalable à une meilleure intégration des services. L'approche populationnelle et la collaboration interdisciplinaire ont été privilégiées afin de garantir cette intégration.

La responsabilité populationnelle confiée au centre de santé et de services sociaux (CSSS) a modifié l'organisation des services autant sur les plans de l'accessibilité, de la continuité que de la qualité, **les différentes organisations d'un territoire local partageant collectivement la responsabilité** de rendre accessible un ensemble complet de services et d'assurer la prise en charge et l'accompagnement de la personne dans le système. La création des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS) est devenue l'assise du nouveau

³ QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2014). Conférence de presse de Gaétan Barrette, ministre de la Santé et des Services sociaux, et de Lucie Charlebois, ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse et à la Santé publique, [En ligne] (25 septembre) [www.assnat.qc.ca/en/actualites-salle-presse/conferences-points-presse/ConferencePointPresse-17905.html].

projet d'intégration visant à rapprocher les services des citoyennes et citoyens et à faciliter leur cheminement dans le réseau de la santé⁴.

Le modèle de prise en charge populationnelle modulant les services en fonction des particularités locales doit être maintenu. Or, l'abolition des agences régionales et la fusion des CSSS dans les mégastructures régionales mettront en péril ce modèle d'intégration dont on récolte les fruits actuellement. Le projet de loi n° 10 n'en fait aucune mention.

Aussi, depuis une décennie, de nouveaux modèles de collaboration interdisciplinaire ont permis d'améliorer la prise en charge des individus : que l'on songe à la mise en place des groupes de médecine familiale, à l'arrivée des infirmières praticiennes spécialisées et à la collaboration des infirmières de liaison. Bien sûr, ces modèles demeurent perfectibles, notamment en ce qui a trait à l'intégration des services sociaux et au réel déploiement des actes délégués. **Plutôt que de transformer encore une fois les structures, nous demandons au ministère de la Santé et des Services sociaux de poursuivre les efforts d'intégration en élargissant davantage et en consolidant le travail en interdisciplinarité déjà amorcé.**

2. Un modèle qui ne répond pas aux besoins de la population ni aux défis du système de santé

Le projet de loi n° 10 ne s'attaque pas aux vrais problèmes. Le défi prioritaire de notre système de santé demeure **l'accès aux services et aux soins**, et rien dans le projet de loi ne nous permet de voir en quoi la réforme des structures administratives proposée permettra de régler les problèmes d'accessibilité à un médecin de famille, de combler les besoins de lits pour les personnes en perte d'autonomie et de pallier les soins à domicile.

Les problèmes d'accessibilité sont pourtant bien définis :

- En 2011, 21 % des personnes âgées de 15 ans et plus n'avaient toujours pas de médecin de famille⁵ ;
- L'offre de services d'hébergement public pour les personnes en perte d'autonomie ne cesse d'être réduite. En 2013, près de 9 000 personnes

⁴ QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (février), le Ministère, 26 p.

⁵ INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. Le médecin de famille et l'endroit habituel de soins : regard sur l'expérience vécue par les Québécois*, volume 2, ISQ, 73 p.

étaient en attente d'une place dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou dans une autre ressource d'hébergement pour personnes en perte d'autonomie⁶ ;

- Un nombre croissant de personnes au profil de plus en plus lourd doivent demeurer chez elles. Le poids du maintien à domicile des personnes ayant des incapacités repose davantage sur les proches qui assument déjà plus de 80 % des soins⁷, etc.

Plus que jamais, le gouvernement compte sur les familles pour compenser l'insuffisance des services due au sous-financement chronique des soins à domicile. Au-delà de 600 000 personnes proches aidantes au Québec, majoritairement des femmes, subissent les conséquences de ces décisions politiques. En quoi le changement de structures proposé aidera-t-il concrètement ces familles ?

2.1 Le palier régional : une instance de coordination nécessaire, mais...

Il ne fait aucun doute que la coordination des ressources et des services au niveau régional est nécessaire pour refléter les réalités territoriales spécifiques et assurer un équilibre entre les grands centres urbains et les régions plus éloignées. Les objectifs d'accessibilité et d'équité dans l'allocation des ressources ne pourraient être atteints si aucune instance régionale n'en avait la responsabilité.

Les agences régionales ont pour mandat de coordonner la mise en place des services de santé et des services sociaux dans leur région respective. Pour ce faire, la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) (art. 340) leur confère diverses responsabilités, dont la planification stratégique pluriannuelle, le partage des ressources en fonction des priorités régionales, le soutien au développement et à la gestion des réseaux **locaux** de services de santé et de services sociaux, le soutien aux établissements, notamment pour la gestion des ressources humaines, matérielles et financières et enfin la reddition de comptes. Ces fonctions leur donnent l'ensemble des leviers nécessaires pour assurer une coordination régionale appropriée.

Bien sûr, comme tout système complexe, nous convenons que certains éléments de la structure actuelle profiteraient d'un exercice de révision du partage de certaines responsabilités, notamment en ce qui a trait aux activités de reddition de comptes qui ne cessent de croître et qui contribuent à la lourdeur bureaucratique tant décriée.

⁶ QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Évolution de la liste d'attente en hébergement depuis la période 10 2010-2011, 2012-2013.*

⁷ LAVOIE, Jean-Pierre, et autres (2014). *La responsabilité des soins aux aînés au Québec - Du secteur public au privé* (septembre), Institut de recherche en politiques publiques, 40 p.

2.2 Un modèle qui soulève de nombreuses questions et qui porte à confusion

Pour répondre aux défis d'accès aux services sociaux et de santé, le ministre propose donc la mise en place de **réseaux régionaux** qui assureront le développement de corridors de services davantage axés sur la proximité et la continuité des services. Les nouveaux CISSS assumeront les responsabilités des RLS (structure des RLS, annexe I) (art. 34) et ils devront :

- **Définir un projet clinique et organisationnel** déterminant les besoins sociosanitaires et les particularités de la population, les objectifs poursuivis et l'offre de services requise, les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau (LSSSS, art. 99.5) ;
- **Offrir des services généraux**, notamment des services de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement, de réadaptation, de soutien et d'hébergement **et certains services spécialisés et surspécialisés**, lorsque ceux-ci sont accessibles (LSSSS, art. 99.6) ;
- **Instaurer des mécanismes ou conclure des ententes** avec les différents producteurs de services ou partenaires que sont, notamment les établissements offrant des services spécialisés ou surspécialisés, les médecins du territoire, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les ressources privées (LSSSS, art. 99.7, paragr. 2°).

Ces établissements régionaux à mission élargie devront assurer la prestation des soins et des services par « l'exploitation » (art. 5) des établissements de leurs territoires respectifs⁸. Ils devront également mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes (art. 59, paragr. 8°) et rendre compte de leur gestion en fonction des cibles nationales et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus (art. 59, paragr. 11°).

Tel que rédigé, le projet de loi n° 10 laisse certaines questions en suspens et crée de la confusion quant au partage des pouvoirs et des responsabilités entre les nouvelles structures régionales et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Qui des CISSS ou du ministre aura le dernier mot quant à l'organisation des services en cas de désaccord ou de malentendu ?

À titre d'exemple, l'article 5 du projet de loi précise que le ministre exercera tous les pouvoirs, fonctions et responsabilités que les agences assumaient à l'égard des établissements de leur territoire, c'est-à-dire toute approbation, autorisation,

⁸ Centre local de services communautaires (CLSC), centre hospitalier, centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), centre de réadaptation en déficience intellectuelle, en déficience physique et en dépendance.

recommandation, indication, identification, désignation ou tout avis (art. 42). De plus, les ententes de gestion et d'imputabilité signées avec les établissements publics seront conclues par le ministre, et les plans d'action qui en découleront devront permettre la mise en œuvre des orientations stratégiques déterminées par ce dernier (art. 50).

Enfin, un problème de terminologie affecte la clarté et la cohérence du projet de loi. Le terme « établissement », qui est au cœur de toute l'organisation du système de santé, n'est pas défini expressément. Dans le texte de loi, le terme réfère :

- À un « établissement régional », aussi appelé « centre intégré de santé et de services sociaux » qui sera un « établissement à mission élargie » ;
- À un « établissement suprarégional » ;
- À un établissement public au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ;
- À un établissement privé conventionné.

2.3 Une perte de proximité des services

La diversité et l'étendue des territoires qui seront desservis par les nouveaux CISSS, et la centralisation de la programmation soulèvent de grandes inquiétudes. Sans une participation significative des ressources locales et une implication des communautés, nous sommes convaincus que la nouvelle structure ne pourra cerner adéquatement les besoins sociosanitaires et garantir l'accessibilité des services et des soins pour l'ensemble de la population du territoire. Dans la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec, par exemple, plus de 1 400 établissements et organismes offrent des services sociaux et de santé à près de 505 000 personnes réparties sur un territoire de 42 000 kilomètres carrés. De ce nombre, 12 établissements publics, dont 8 CSSS, couvrent 132 points de services.

Nous nous questionnons sur ce qu'il adviendra des structures et des mécanismes de consultation, de concertation et de collaboration mis en place par les RLS permettant d'assurer une meilleure définition des besoins, tels que les tables de concertation en santé mentale ou en violence conjugale. Rappelons que les CISSS devront, pour leur territoire respectif, « mobiliser les établissements offrant des services spécialisés et surspécialisés, les divers groupes de professionnels, les organismes communautaires, les entreprises d'économies sociales, les ressources privées et les intervenants des autres secteurs d'activités ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux et s'assurer de leur participation ». (LSSSS, art. 99.5, dernier paragraphe). Cela ne nous semble aucunement réaliste. L'abolition du comité régional de coordination (art. 64) s'ajoute à nos inquiétudes.

Nous sommes convaincus que ces entités gigantesques ne pourront pas assurer une opérationnalisation efficiente des activités quotidiennes.

Sans une vigilance locale, les mégastructures risquent enfin de centraliser les ressources et les services autour des « villes-centres » au détriment des localités plus éloignées ; la proximité des services ne pourrait ainsi être assurée. Or, le projet de loi anticipe déjà cette éventualité comme l'indique l'article 36 :

Lorsque le ministre est d'avis que des corridors de services interrégionaux particuliers doivent être établis pour assurer aux usagers d'une région une continuité de services ou un accès aux services dans un délai approprié, il peut demander à tout établissement régional de les établir en concertation avec les établissements publics d'autres régions.

En 2003, dans son mémoire présenté lors des auditions publiques sur le projet de loi n° 25⁹, la Centrale rappelait le droit de la population du Québec à une gamme complète de services de santé et de services sociaux, quel que soit son lieu de résidence. Déjà, elle craignait qu'une densité de population trop marginale pour certains services dans un territoire donné amène les gestionnaires à réduire l'offre de services, voire à l'abolir, obligeant ainsi la population à se déplacer ou à recourir à des services privés.

Dans les fonctions de planification et de programmation régionales, il lui apparaissait essentiel que les localités plus petites, situées aux limites géographiques de leur région, aient accès à certains programmes dans leur propre communauté : pensons aux ressources d'hébergement non institutionnelles (RNI), aux services des ergothérapeutes et des travailleuses et travailleurs sociaux ou, maintenant, aux soins de fin de vie. Encore aujourd'hui, sans une vigilance adéquate au regard de la planification et de la programmation des ressources sur le plan local, et sans un financement adéquat, des ruptures de services, voire des vides complets, peuvent survenir. Le financement par programme-service (art. 25) défini par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), tout comme la disparition des cibles régionales (art. 59, paragr. 11°), nous inquiète particulièrement. Il pourrait limiter d'autant la capacité des régions de répondre aux besoins particuliers de leur population.

À ce titre, plusieurs inquiétudes ont été soulevées par certaines localités éloignées qui doutent fortement que le nouveau modèle améliore l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins ; elles craignent que leur éloignement des lieux décisionnels les prive de la capacité d'influencer les choix budgétaires parfois difficiles, ce qui pourrait se traduire, selon elles, par le sacrifice de services jugés essentiels.

⁹ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2003). *Une gouvernance régionale et des réseaux locaux de services : au service de qui ?*, mémoire présenté à la Commission des affaires sociales lors des auditions publiques sur le projet de loi n° 25 : Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (2 décembre), CSQ, 26 p.

2.4 Des missions spécifiques menacées

Le regroupement sous un même chapeau administratif de plusieurs dizaines d'établissements ayant des mandats très différents risque de dénaturer certaines missions jugées essentielles. Nous craignons qu'il soit encore plus difficile de maintenir un niveau adéquat de services de nature préventive et psychosociale par rapport aux besoins parfois criants de services médicaux et curatifs. En effet, la présence de plusieurs centres hospitaliers au sein des CISSS pourrait ancrer davantage l'approche hospitalocentrique. L'arbitrage pour l'attribution des ressources entre les services spécialisés et ultraspecialisés, les soins de première ligne et à domicile ou encore les services de réadaptation, les services à la jeunesse et les nombreux services sociaux, déjà sous-financés, risque d'être fort complexe, voire inéquitable.

Le projet de loi spécifie que les règles budgétaires établies annuellement (art. 90) et les sommes allouées le seront par « programme-service » (art. 25) et non par mission. Dans de telles conditions, comment les missions spécifiques des divers établissements (CHSLD, centres de réadaptation, etc.) pourront-elles être préservées ? De quelle façon le maintien des expertises développées en matière de services spécialisés, par exemple la réadaptation en matière de dépendance, pourra-t-il être assuré ? Nous saisissons très mal la vision du ministre à cet égard.

La surveillance, qui est une fonction essentielle en matière de responsabilité populationnelle, nous préoccupe également. La santé publique doit conserver les moyens d'évaluer, sur le plan local, l'état de santé des populations, y compris des groupes marginalisés. À défaut de quoi de nombreux besoins pourraient ne pas être considérés et comblés.

La prévention des maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI) et la santé environnementale associée aux risques d'accidents majeurs sont deux situations illustrant l'importance de pouvoir agir rapidement en impliquant très étroitement les acteurs locaux concernés.

La commission d'enquête sur le [syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)] a démontré les impacts dévastateurs que peuvent causer un système de surveillance des MRSI déficient et une protection inadéquate des travailleurs de la santé lorsqu'ils prennent en charge ces cas¹⁰.

Bien que le plan d'action régional élaboré par un établissement régional doive comprendre des mesures qui tiennent compte des spécificités locales de la

¹⁰ QUÉBEC. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC (2008). *Plan d'action régional de santé publique 2009-2012 – Mauricie et Centre-du-Québec*, [En ligne], l'Agence, 102 p. [www.agencecsss04.qc.ca/images/images/santepublique/plan_action_reg/parsp_09-12.pdf] (Consulté le 4 octobre 2014).

population d'une région (art. 105), l'urgence et la gravité de certaines situations nécessitent que l'on maintienne des structures locales de surveillance et d'intervention.

2.5 Apprendre des fusions passées

Rappelons que c'est par l'adoption du projet de loi n° 25, en décembre 2003, que les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux ont été créées et se sont vu confier la mission de mettre en place une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés sur leur territoire.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque, Philippe Couillard, se montrait alors très optimiste¹¹. La fusion des établissements en CSSS devait favoriser le continuum de services, la priorisation des services de première ligne, la prise en charge populationnelle, l'accès à un médecin de famille, la diminution des temps d'attente et des coûts pour le gouvernement et enfin la protection des ressources allouées aux services sociaux.

Force est d'admettre que plusieurs des améliorations escomptées ne se sont pas concrétisées. Dix ans plus tard, divers problèmes persistent ou se sont même amplifiés : que l'on songe à la difficulté d'accéder à un médecin de famille, bien que ceux-ci soient pourtant plus nombreux¹², et à l'atrophie des services sociaux. Pourquoi en est-il ainsi ? Voilà une question qui mérite une attention particulière.

La fusion d'établissements **de même mission** peut engendrer des répercussions positives sur les pratiques cliniques et professionnelles¹³ ; or cela ne semble pas le cas avec la réforme proposée.

De nombreuses recherches dans le domaine de l'organisation des services de santé démontrent, de façon quasi unanime, que « les fusions administratives à grande échelle, telles que celles proposées dans le projet de loi n° 10, ne génèrent

¹¹ ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC (2003). « Projet de loi n° 25 : Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux », *Journal des débats de l'Assemblée nationale*, [En ligne] (11 novembre), [www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/assemblee-nationale/37-1/journal-debats/20031111/2507.html#_Toc56415248].

¹² Le Québec est l'une des juridictions canadiennes où l'on trouve le plus grand nombre de médecins actifs par habitant. En 2011, on y dénombrait 117 médecins spécialistes et 114 médecins de famille pour 100 000 habitants, comparativement à 103 et 106 respectivement dans l'ensemble du Canada.

¹³ RICHARD, Marie-Claude, et autres (2007). « La fusion des établissements de santé et de services sociaux – Recension des écrits sur ses enjeux et ses impacts », *Nouvelles pratiques sociales*, [En ligne], vol. 20, n° 1 (automne), Université du Québec à Montréal, p. 151-164, [www.erudit.org/revue/nps/2007/v20/n1/016982ar.html].

pas une amélioration de l'accessibilité, de la qualité ou de l'efficience des services sociaux et de santé¹⁴ ».

3. Une nouvelle gouvernance qui soulève des inquiétudes

Plusieurs modifications prévues au projet de loi n° 10 semblent démontrer une volonté de contrôler la gestion des établissements régionaux.

3.1 Un contrôle sur la prise de décision ?

Les nouveaux établissements régionaux seront administrés par un conseil d'administration dont tous les membres, en majorité indépendants, seront nommés par le ministre (art. 8 et 9), y compris, le président-directeur général (PDG) et le président-directeur général adjoint (art. 29).

Les membres « dits » indépendants seront choisis en fonction de profils de compétence établis¹⁵ (art. 11) et à partir des recommandations d'un comité d'experts en gouvernance recommandés par un organisme reconnu et identifié par le ministre (art. 12). D'entrée de jeu, il est très déplorable de constater que, parmi les profils recherchés, aucun ne fait appel à une expertise en matière de responsabilité populationnelle, d'interdisciplinarité ou d'organisation des systèmes de santé.

Les conseils d'administration devront organiser les services de l'établissement dans le respect des orientations nationales et des enveloppes budgétaires allouées par programme-service (art. 25), et appliquer les règles de saine gestion imposées par le gouvernement du Québec ; autrement, leurs pouvoirs pourront être suspendus (art. 134).

Nous constatons que les nouvelles structures régionales pourraient ne pas avoir l'expertise et la latitude nécessaires pour considérer et intégrer les enjeux spécifiques régionaux dans leur gouverne.

L'abolition des postes réservés aux personnes élues par la population, aux organismes communautaires de la région et enfin au personnel de l'établissement,

¹⁴ CONTANDRIOPOULOS, Damien, et autres (2014). *Analyse logique des effets prévisibles du projet de loi n° 10 et des avenues d'intervention souhaitables*, mémoire sur le projet de loi n° 10, Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, 22 p.

¹⁵ Gouvernance et éthique, gestion des risques et qualité, ressources humaines, ressources immobilières et informationnelles, vérification et performance, jeunesse, services sociaux.

et le fait qu'un rôle mineur soit accordé aux administratrices et administrateurs internes¹⁶ nous interpelle également.

Enfin, comment un seul président-directeur général pourra-t-il gérer adéquatement une région sociosanitaire regroupant des milliers de partenaires de la santé et des services sociaux, assurer les services de proximité et protéger l'ensemble des missions spécifiques sans être entouré de gens qui détiennent une connaissance des communautés et une expertise des différents milieux d'intervention ?

Pendant que les administratrices et administrateurs s'occuperont à définir le rôle de chacun dans la nouvelle structure, les ressources ne seront pas mobilisées à fournir des soins adéquats à la population. Cela prendra des mois, voire des années, avant que cette nouvelle structure soit réellement fonctionnelle. La qualité des services risque d'être sérieusement compromise.

3.2 Une centralisation des pouvoirs vraiment préoccupante

Par le projet de loi n° 10, le ministre de la Santé et des Services sociaux s'attribue de nombreux pouvoirs et démontre une volonté « affirmée » de centraliser à Québec de nombreuses responsabilités de planification, d'organisation, de coordination, de supervision, d'évaluation et d'enquête.

L'ampleur des pouvoirs discrétionnaires qu'il s'octroie est trop importante. Son désir d'intervenir dans la microgestion des établissements constitue, selon nous, autant de risques d'ingérence politique et de politisation du système de santé.

Le ministre pourra fusionner deux ou plusieurs établissements afin d'assurer une meilleure fluidité des soins (art. 129) et modifier lui-même tout corridor de services établi qu'il considère comme inadéquat pour assurer une continuité de services ou un accès dans un délai approprié (art. 38). Le ministre s'assurera de la coordination des activités des établissements au sein d'une même région et entre les établissements de régions avoisinantes (art. 59, paragr. 7°).

Cette approche interventionniste combinée au fait que le ministre pourra faire adopter tout règlement jugé nécessaire ou utile à l'application de la présente loi, sans obligation de publication ni délai d'entrée en vigueur (art. 161), risque d'amplifier le climat d'incertitude déjà très important. Dans un tel contexte, prétendre vouloir améliorer l'accessibilité, la qualité et la sécurité des services tout en poursuivant les compressions budgétaires, en déstabilisant les équipes de soins et en augmentant les processus de

¹⁶ Les membres représentant le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), le Conseil des infirmières et infirmiers (CII) et le Conseil multidisciplinaire (CM) de l'établissement seront en nombre minoritaire et ne pourront être à la présidence ou à la vice-présidence du conseil d'administration (art. 8, art. 9, art. 19, art. 20)

reddition de comptes nous apparaît abusif et surtout contradictoire quant aux effets escomptés.

La centralisation des pouvoirs comporte de nombreux risques pour l'efficacité des systèmes de santé. L'expérience albertaine¹⁷ nous montre que l'abolition du palier régional et la centralisation des pouvoirs obligent à la création de nouvelles structures afin de permettre une intégration des préoccupations et des innovations locales sur le plan provincial. La réforme de la santé mise en place en 2008 s'est soldée par un échec retentissant. Janet Davidson, l'actuelle PDG de l'Alberta Health Services, l'a condamnée et a demandé au gouvernement albertain :

- De rétablir les différents niveaux hiérarchiques décisionnels dans les milieux pour permettre une meilleure offre de services ;
- De veiller à ce que la prise de décision liée aux soins des patientes et patients puisse être réalisée le plus près possible des milieux ;
- D'offrir aux milieux une très grande latitude dans l'organisation du travail pour permettre la prise en compte des besoins des régions et l'ajustement de l'offre de services en conséquence.

3.3 Un recul démocratique

La réforme envisagée est menée sans une réelle volonté d'impliquer les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux. La surprise créée par l'ampleur des changements proposés, la précipitation des consultations et l'absence de certaines informations jugées essentielles à la compréhension de la réforme mise au jeu révèlent l'intention du ministre d'imposer un nouveau modèle de santé qu'il refuse de soumettre réellement aux débats. Il bâillonne ses propres gestionnaires et il menace d'intervenir dès qu'une instance remet en question ses choix et ses interventions. Et pourquoi ? Un remodelage du système de santé d'une telle envergure doit être discuté, débattu et avalisé par les partenaires qui en seront les principaux acteurs.

La Centrale et ses fédérations de la santé souhaitent le maintien d'un modèle de gouvernance qui est attentif et respectueux de l'intérêt collectif et qui privilégie une réelle participation citoyenne. Elles dénoncent la centralisation inégalée des pouvoirs et les tentatives visant à réduire au silence toute la critique. À cet effet, elles considèrent comme irrecevable l'abolition du poste de commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services (art. 47).

L'adoption du projet de loi n° 10 dans sa forme actuelle se traduirait par un déficit démocratique inacceptable.

¹⁷ DAVIDSON, Janet (2013). *Review of the Alberta Health Services Organization and Structure, and Next Steps* (septembre), 16 p.

4. Une accélération de la privatisation appréhendée

Au cours des 30 dernières années, la part du secteur public dans les dépenses de santé au Québec n'a cessé de diminuer¹⁸. La privatisation des services sociaux et de santé s'observe maintenant dans divers secteurs d'activités et prend différents visages, que l'on songe aux contrats de sous-traitance, aux partenariats public-privé, au recours aux agences privées ou à la facturation de frais accessoires.

Parce que la privatisation de nos services publics remet en question le principe d'universalité, et parce qu'elle implique des coûts importants¹⁹ qui ont une incidence majeure sur nos finances publiques, nous considérons essentiel de soulever certaines préoccupations suscitées par le projet de loi.

4.1 Le déploiement d'ententes particulières avec le secteur privé

Certains articles dans le projet de loi nous laissent perplexes quant à la volonté du ministre de préserver ou non le caractère public des services et des soins de santé.

La première fonction des CISSS, mentionnée à l'article 59, est d'assurer la participation de la population à la gestion du réseau de la santé et des services sociaux et de s'assurer du respect des droits des usagers et usagères. Or le terme « réseau public » n'est plus utilisé comme il apparaît à l'article 340 de la LSSSS. S'agit-il d'un oubli ?

Le ministre pourra intervenir auprès des établissements afin de favoriser la conclusion d'ententes de services visant à répondre aux besoins de la population (art. 59, paragr. 12°) ; or, nulle part il n'est mentionné qu'elles devront être faites avec des établissements publics.

Des règles budgétaires visant l'allocation de subventions à d'autres personnes et organismes admissibles seront établies (art. 89). Aucun critère ou aucune condition d'admissibilité ne sont clairement définis dans le projet de loi. Est-ce à dire que de nouveaux partenaires, y compris privés, pourraient se voir confier un rôle dans la nouvelle organisation du système de santé ?

Enfin, selon l'article 68 du projet de loi, c'est le ministre lui-même qui déterminera s'il existe, dans une région donnée, des difficultés d'accès aux services prévus à l'article 349.9 de la LSSSS, c'est-à-dire aux services médicaux spécialisés dispensés par une clinique associée. Et pourquoi ? Quels seront les critères qui

¹⁸ HÉBERT, Guillaume, et Simon TREMBLAY-PEPIN (2013). *Rapport de recherche, la sous-traitance dans le secteur public : coûts et conséquences* (juin), Montréal, Institut de recherche et d'informations socio-économiques, 64 p.

¹⁹ HÉBERT, Guillaume, et Simon TREMBLAY-PEPIN (2013). *Rapport de recherche, la sous-traitance dans le secteur public : coûts et conséquences* (juin), Montréal, Institut de recherche et d'informations socio-économiques, 64 p.

permettront d'établir ces difficultés d'accès ? Est-ce qu'il s'agit du mécanisme retenu pour implanter les supercliniques annoncées²⁰ ?

Alors que notre réseau public subit de nombreuses compressions et coupes budgétaires, il serait très discutable de transférer des ressources professionnelles, technologiques et financières vers de nouvelles ressources, à plus forte raison privées.

4.2 Une infiltration possible des intérêts privés

À la demande d'une fondation d'un établissement, le ministre pourra nommer au sein du conseil d'administration, à titre de membre observateur sans droit de vote, une personne choisie à partir d'une liste de noms fournie par les fondations de cet établissement. Aucun autre critère de sélection n'est explicitement établi dans le projet de loi (art. 10).

Bien que cette pratique soit déjà effective, nous devrions peut-être néanmoins la remettre en question. N'y a-t-il pas danger de conflits d'intérêts en donnant ainsi accès à des informations privilégiées sur la gestion du système de santé ? En effet, rien n'est précisé sur le droit de parole, donc d'influence, de la personne ainsi désignée. En avril 2014, un article paru dans *La Presse*²¹ révélait que certains établissements de santé accordaient la majorité de leurs contrats à des entreprises donnant à la fondation de l'établissement. Ce levier d'influence et l'ingérence potentielle des entreprises privées dans la gestion du système public de la santé doivent être selon nous mieux surveillés.

L'opacité des processus d'octroi des contrats publics et les risques financiers inhérents aux ententes de partenariats public-privé (PPP) notamment ont été clairement démontrés dans un récent rapport du Vérificateur général du Québec²².

Aussi, un nombre croissant d'organisations québécoises demandent que des modifications soient apportées aux lois et aux règlements en vigueur. Elles

²⁰ L'engagement électoral est de créer 50 supercliniques, mais selon le ministre Barrette, leur nombre pourrait atteindre 80 et même plus. COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2014). *Étude des crédits budgétaires 2014-2015*, [En ligne], [www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/CSSS/mandats/Mandat-25457/index.html].

²¹ LACOURSIÈRE, Ariane (2014). « Hôpital Santa Cabrini : la majorité des contrats accordés à des donateurs », [En ligne], *La Presse* (7 avril), [www.lapresse.ca/actualites/sante/201404/06/01-4755053-hopital-santa-cabrini-la-majorite-des-contrats-accordes-a-des-donateurs.php] (Consulté le 7 mai 2014).

²² VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC (2014). *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2014-2015 - Vérification de l'optimisation des ressources - Printemps 2014*, Chapitre 2 : Vérification particulière. Réalisation et exploitation d'aires de service - Entente de partenariat public-privé, le Vérificateur, 292 p.

réclament une transparence complète et entière tout au long des processus d'octroi de contrats publics, incluant la divulgation intégrale des contrats²³.

5. Un nouveau modèle moins coûteux ?

Parce qu'elle s'inscrit dans un contexte de compressions budgétaires et de réduction du rôle social de l'État, nous ne croyons aucunement que la nouvelle structure proposée améliorera concrètement la quantité et la qualité des services sociaux et de santé, pas plus qu'elle ne permettra de réaliser les économies récurrentes de 220 millions de dollars escomptées par le gouvernement.

5.1 Des mégastructures plus difficiles à diriger

Toutes les fonctions et les responsabilités rapatriées au niveau central nécessiteront de nouvelles structures et ressources ainsi que de nouveaux outils de contrôle. Comment le ministre compte-t-il articuler sa réforme sur le plan provincial, et quels seront les coûts de cette vaste transformation ? La réforme structurelle proposée s'additionnera à plusieurs autres déjà en cours. Elle nécessitera de nombreuses ressources supplémentaires pour préparer la transition, accompagner les cadres, former et encadrer le personnel, constituer de nouvelles équipes, construire de nouveaux outils de communication, etc. Comment le gouvernement peut-il affirmer que la réforme du modèle d'organisation et de gouvernance permettra de réaliser les économies nécessaires à l'amélioration des services à la population ? Où sont les scénarios financiers et budgétaires détaillés ?

5.2 Les coûts du nouveau modèle de financement

Le transfert, au ministre de la Santé et des Services sociaux, des 35 systèmes d'informations indiqués à l'annexe II du projet de loi, dont le Dossier Santé Québec, l'Infocentre de santé publique, l'Outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) et le Système budgétaire et financier régionalisé (SBF-R), avec tous les droits et obligations qui se rattachent à ces systèmes (art. 162), est très révélateur.

Cette centralisation de l'information, combinée à l'établissement de nouvelles règles budgétaires par le ministre, n'est certainement pas étrangère à la volonté du gouvernement de réformer le mode de financement des établissements de santé. Est-il nécessaire de rappeler que le financement axé sur le patient fait l'objet de nombreuses préoccupations²⁴ qui nécessiteraient un large débat public ? Plusieurs

²³ COALITION POUR DES CHU SANS PPP (2014). *Les CHUM, CUSM et CRCHUM en mode PPP - Pourquoi une enquête de la CEIC est nécessaire*. Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur l'octroi et la gestion des contrats publics dans l'industrie de la construction (juillet), 18 p.

²⁴ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2014). *Les enjeux de financement axé sur les patients*, document présenté au Conseil général des 21, 22 et 23 mai 2014, A1314-CG-065, 21 p.

ont même été soulevées par la Fédération des médecins spécialistes du Québec il y a à peine un an²⁵.

N'oublions pas que les systèmes de classification, de codification et de tarification des épisodes de soins, qui constituent la pierre angulaire de ce mode de financement, s'avèrent très complexes et peuvent entraîner une importante lourdeur administrative.

5.3 Des informations partielles et imprécises

Avec la fermeture des agences de la santé, le ministre annonce la disparition de 140 cadres et des économies de 60 millions de dollars en 2016-2017. Or, qui supervisera le personnel des futurs CISSS qui devront définir le projet clinique et organisationnel, déterminer l'ensemble des besoins sur de vastes territoires et préciser l'offre de services requise et les contributions attendues des milliers de partenaires du réseau ? La simplicité avec laquelle le ministre envisage et présente ses prévisions d'économies nous fait craindre sérieusement une réduction majeure de l'offre de services par le réseau public de la santé et des services sociaux et une déstabilisation organisationnelle importante.

Contrairement à ce qu'il affirme, les économies escomptées lors de fusions administratives à grande échelle ne seraient pas au rendez-vous, comme le révèle l'analyse citée précédemment²⁶.

Enfin, nous nous questionnons sur le financement qui sera nécessaire pour assurer la poursuite du déploiement des groupes de médecine familiale, la formation des 2 000 infirmières praticiennes cliniciennes et l'implantation des supercliniques annoncées par le gouvernement.

6. Reconnaître le personnel comme un acteur incontournable pour la pérennité du système public de santé

L'urgence avec laquelle les changements annoncés doivent s'implanter en inquiète plus d'un, de même que les nombreuses questions laissées en suspens. Le ministre l'a dit lui-même, il s'agit d'une « loi transitoire » ; il nous demande donc de signer un chèque en blanc.

Depuis plusieurs années, les changements fréquents dans les structures et dans l'organisation du travail ont apporté leur lot de difficultés. L'intensité et la quantité de

²⁵ FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC (2013). « Financement à l'activité : la panacée ? », *Le Spécialiste*, vol. 15, n° 3 (septembre), p. 16-31.

²⁶ CONTANDRIOPOULOS, Damien, et autres (2014). *Analyse logique des effets prévisibles du projet de loi n° 10 et des avenues d'intervention souhaitables*, mémoire sur le projet de loi n° 10, Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, 22 p.

travail à accomplir, dans un contexte de pénurie organisationnelle et de compressions multiples, ont entraîné avec le temps de plus en plus de détresse psychologique, tout comme les multiples modifications dans les processus de travail, les innovations technologiques et les nouvelles politiques de gestion des ressources humaines, qui exigent polyvalence, disponibilité et flexibilité accrues.

Est-il nécessaire de rappeler que le nombre d'heures versées en assurance salaire aux travailleuses et travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux est en progression et que plus du tiers des personnes en invalidité souffre d'un problème de santé mentale ? Pour la Fédération de la Santé du Québec²⁷, il ne fait aucun doute que la souffrance du personnel soignant est directement liée à la détérioration des conditions de pratique, une conséquence directe des multiples réformes réalisées dans le système de santé.

L'importance de la composition et de la stabilité des équipes de soins pour la qualité des services ; l'influence positive des conditions de travail et d'exercice pour l'attraction et la rétention du personnel ; le rôle essentiel du sentiment d'appartenance sur le climat de travail et la mobilisation des équipes de soins ; et enfin la nécessité de préserver les espaces de dialogue permettant au personnel professionnel de partager ses savoirs, ses expériences et sa connaissance du patient doivent être reconnus comme des conditions gagnantes pour assurer la qualité des services.

Un projet de transformation des structures auquel les acteurs du milieu ne croient pas et pour lequel ils ne se mobilisent pas est un projet voué à l'échec à plus ou moins long terme.

7. Reconnaître l'importance des enjeux syndicaux

Il est reconnu qu'une **présence effective** des syndicats dans un milieu de travail permet de prévenir les conflits de travail et facilite leur résolution, normalise les rapports entre les salariées et salariés et les patrons et contribue au développement de solidarités professionnelles et sociales²⁸. Une présence syndicale réelle contribue au développement et au maintien de liens plus équitables et solidaires et crée des conditions favorables de collaboration. De nombreux employeurs reconnaissent d'emblée cette précieuse contribution.

²⁷ FÉDÉRATION DE LA SANTÉ DU QUÉBEC (2014). *L'importance de réaffirmer et de renforcer le rôle social de l'État*, avis présenté dans le cadre des consultations de la Commission de révision permanente des programmes (octobre), 7 p.

²⁸ HURTEAU, Philippe (2014). *Les syndicats nuisent-ils au Québec ? Comment répondre à 10 questions sur les syndicats et l'économie*, Institut de recherche et d'informations socio-économiques, 38 p.

Or, nous craignons que, par la création de mégastructures dont le pôle décisionnel sera très éloigné des milieux de pratique, les espaces de dialogue entre la direction et le personnel disparaissent ou deviennent inefficaces. Dans les faits, les directions risquent de ne plus être disponibles pour rencontrer les représentantes et représentants syndicaux. Déjà, certaines régions ayant connu des fusions d'établissements déplorent ne plus avoir de vis-à-vis patronal pouvant intervenir rapidement dans la résolution de situations problématiques ; certains gestionnaires, en raison de leur éloignement, ne connaissent pas ou ne comprennent pas les enjeux spécifiques du milieu de pratique.

Les organisations syndicales jouent aussi un rôle majeur dans plusieurs aspects de l'organisation et du vécu des établissements, que ce soit pour cerner les problèmes d'organisation du travail et collaborer à l'élaboration de solutions permettant une meilleure attraction-rétention du personnel ou par la surveillance des aspects techniques d'une situation particulièrement problématique sur le plan de la santé et de la sécurité au travail. Les établissements comptent fréquemment sur leur expertise pour élaborer des solutions innovantes leur permettant d'économiser temps et argent.

Tant au niveau local qu'au niveau régional, les syndicats de la FSQ et de la F4S ont toujours agi afin d'assurer une présence d'effectifs suffisants et la mise en place de conditions d'exercice appropriées pour la prestation de soins et de services sécuritaires et de qualité. Leurs travaux sur la révision des horaires de travail et la réduction des heures supplémentaires obligatoires illustrent bien cette préoccupation.

Au regard des relations du travail, le projet de loi n° 10 soulève plusieurs inquiétudes en raison des nombreux pouvoirs d'intervention du ministre qui pourraient déstabiliser profondément l'organisation du travail et la planification des effectifs, ce qui contribuerait à maintenir un important climat d'insécurité.

7.1 Des droits démocratiques menacés

En forçant la fusion des établissements, le projet de loi n° 10 imposera également une fusion des accréditations syndicales (art. 146) en vertu de la Loi sur les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales. Si la réforme est adoptée, tous les travailleurs et travailleuses d'un CISSS devront être syndiqués dans la même organisation, selon les catégories d'emplois déterminées par la loi 30 : **le droit démocratique de ces personnes de choisir l'organisation syndicale qui les représente est donc balayé du revers de la main par le gouvernement.**

L'expertise syndicale et les relations de confiance se construisent au fil des années ; aussi, nous craignons que cette importante réforme administrative vienne bouleverser les dynamiques de travail et détruire d'importants liens de collaboration et de solidarité.

Compte tenu des leçons tirées de la grande réorganisation imposée au réseau de la santé et des services sociaux et aux organisations syndicales en 2005, tout nous porte à croire que le gouvernement réduira le nombre de libérations syndicales accordées aux nouvelles unités d'accréditations. Compte tenu de leur rôle primordial de surveillance et de défense des intérêts tant des travailleuses et travailleurs que du réseau public de la santé, nous sommes d'avis que cette diminution ne pourra se solder que par un échec pour toutes les parties.

Plus qu'un simple exercice comptable, il s'agit d'une attaque fondamentale à l'exercice des droits syndicaux en santé au Québec.

8. Des solutions qui obtiennent un large consensus

Les défis que nous devons relever collectivement sont importants. Améliorer l'accessibilité et la qualité des soins ainsi que l'efficacité du système est un objectif louable qui fait largement consensus. Toutefois, l'analyse rétrospective des fusions à grande échelle démontre clairement qu'elles ne sont pas une solution appropriée en pareil cas, bien au contraire.

Plutôt que d'imposer des compressions budgétaires et des réformes administratives qui affectent indéniablement les services directs à la population, nous invitons le gouvernement à considérer les nombreuses options qui obtiennent un très large appui.

Aussi, nous invitons le ministre à faire preuve de courage politique et d'écoute envers ses partenaires du réseau de la santé et des services sociaux.

8.1 Freiner la croissance des dépenses dans certains secteurs d'activités

D'aucuns aiment clamer que notre système public de santé est trop coûteux. Aussi est-il nécessaire de corriger les fausses perceptions et de rappeler que c'est au Québec que les dépenses des administrations publiques en santé par habitant sont parmi les plus basses, comme en témoignent les chiffres de 2013²⁹:

²⁹ INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION EN SANTÉ (2014). *Dépenses de santé du secteur public, par province et territoire et au Canada*.

Tableau I
Dépenses des administrations publiques en santé par habitant

Territoire	Dépenses des administrations publiques/habitant
Québec	3 952 \$
Nouveau-Brunswick	3 944 \$
Alberta	3 978 \$
Nouvelle-Écosse	4 445 \$
Île-du-Prince-Édouard	4 456 \$
Terre-Neuve-et-Labrador	4 695 \$
Ontario	4 888 \$
Saskatchewan	4 951 \$
Manitoba	5 034 \$
Colombie-Britannique	5 458 \$
Canada	5 458 \$

Entre 2003 et 2014, les coûts généraux de santé au Québec ont augmenté de 70 %³⁰. Toutefois, nous connaissons les secteurs qui ont connu la croissance la plus rapide et où nous devons agir. Ces secteurs sont les immobilisations (230 %), la rémunération des médecins (103 %) – elle a plus que doublé – et les dépenses de médicaments (73 %).

Plus particulièrement sur la question des médicaments, l'engagement du gouvernement à négocier de meilleurs prix et à mettre en place de meilleures pratiques d'usage est jugé nettement insuffisant. Plusieurs expertes et experts affirment qu'un régime entièrement public d'assurance médicaments permettrait au Québec d'économiser annuellement un milliard de dollars. Près de 350 organisations communautaires, syndicales et spécialistes de la santé du Québec réclament un tel régime³¹. Combinées à une véritable politique publique de santé en matière de médicaments, les économies potentielles pourraient atteindre, pour le Québec seulement, plus de trois milliards de dollars annuellement³². Celle-ci devrait prévoir notamment des mesures de contrôle des coûts, des règles d'encadrement de l'industrie pharmaceutique et de la recherche, de même que les conditions d'une utilisation optimale de la thérapie médicamenteuse.

³⁰ INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION EN SANTÉ (2014). *Séries D1 Dépenses totales de santé par affectation de fonds, par province et territoire*.

³¹ UNION DES CONSOMMATEURS (2014). *Appuis à un régime public universel d'assurance médicaments au Québec*, [En ligne], [uniondesconsommateurs.ca/wp-content/uploads/2014/10/20141014-UC-appuis-RGAM.pdf] (Consulté le 23 octobre 2014).

³² GAGNON, Marc-André (2014). *A Roadmap to a Rational Pharmacare Policy in Canada*. [En ligne], Canadian Federation of Nurses Union, Annexe Québec (scénario 1), p. 75. Annexe Québec (scénario 2), p. 76, [nursesunions.ca/sites/default/files/pharmacare_report.pdf].

8.2 Hausser l'autonomie professionnelle du personnel de la santé

Les professionnelles et professionnels du réseau public de la santé, qui connaissent bien les besoins de la population et qui ont développé une expertise très précieuse pour notre système de santé, réclament depuis longtemps plus d'autonomie professionnelle et des conditions d'exercice qui leur permettraient d'assurer un meilleur accès à des services de qualité. Parmi leurs revendications, mentionnons :

- Assurer la complémentarité et la stabilité des équipes de soins ;
- Revoir les ratios personnel/patient ou personnel/bénéficiaire garantissant la prestation de soins sécuritaires et de qualité ;
- Réduire davantage le recours aux heures supplémentaires obligatoires et à la main-d'œuvre indépendante ;
- Exiger le déploiement des ordonnances collectives nationales ;
- Permettre au personnel soignant d'exercer réellement les actes délégués que la loi modifiant le Code des professions lui a accordés en 2003 ;
- Impliquer l'ensemble des acteurs dans l'élaboration et dans la consolidation de modèles de collaboration interdisciplinaire où toutes et tous peuvent mettre à profit pleinement leurs compétences et leurs expertises.

Enfin, nous ajoutons : cesser de maintenir le personnel dans l'inconnu et l'incertitude et ne pas sous-estimer l'importance du sentiment d'appartenance aux divers milieux de pratique.

Le ministre peut agir et doit reconnaître, par des gestes concrets, l'importance du travail du personnel de la santé et des services sociaux. Nous l'invitons à l'impliquer directement dans la recherche de solutions efficaces et durables qui contribueront à la prestation de services et de soins sécuritaires et de qualité, et à la pérennité du système public de santé.

8.3 Cesser d'hypothéquer l'avenir et réaffirmer le rôle social de l'État

Nous refusons le discours fataliste d'austérité du gouvernement qui prétend que nous n'aurions plus les moyens de payer les services sociaux et de santé actuels. Il est largement démontré que les dépenses publiques en santé et services sociaux constituent un investissement social rentable.

Les responsables de santé publique internationaux sont affirmatifs : chaque dollar investi dans la prévention ferait épargner globalement dix dollars en soins de santé.

Nous refusons également de remettre en question le modèle de santé québécois et voulons, au contraire, réaffirmer et renforcer le rôle social de l'État. Grâce à ses politiques sociales qui contribuent à réduire les inégalités socioéconomiques, le Québec a réussi à préserver le droit à la santé pour toutes et tous. Nous avons les moyens de préserver ce droit, il ne manque que la volonté et le courage politique.

La CSQ est fermement convaincue que l'investissement massif d'un État dans les services publics et les programmes sociaux, jumelé à une efficacité dans la gestion de ces dépenses, est le modèle à suivre.

À ce titre, nous convions le gouvernement à considérer les solutions fiscales mises de l'avant par la Centrale des syndicats du Québec³³.

³³ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2014). *Mémoire présenté dans le cadre des consultations de la Commission d'examen sur la fiscalité québécoise* (octobre), 55 p.

Recommandation

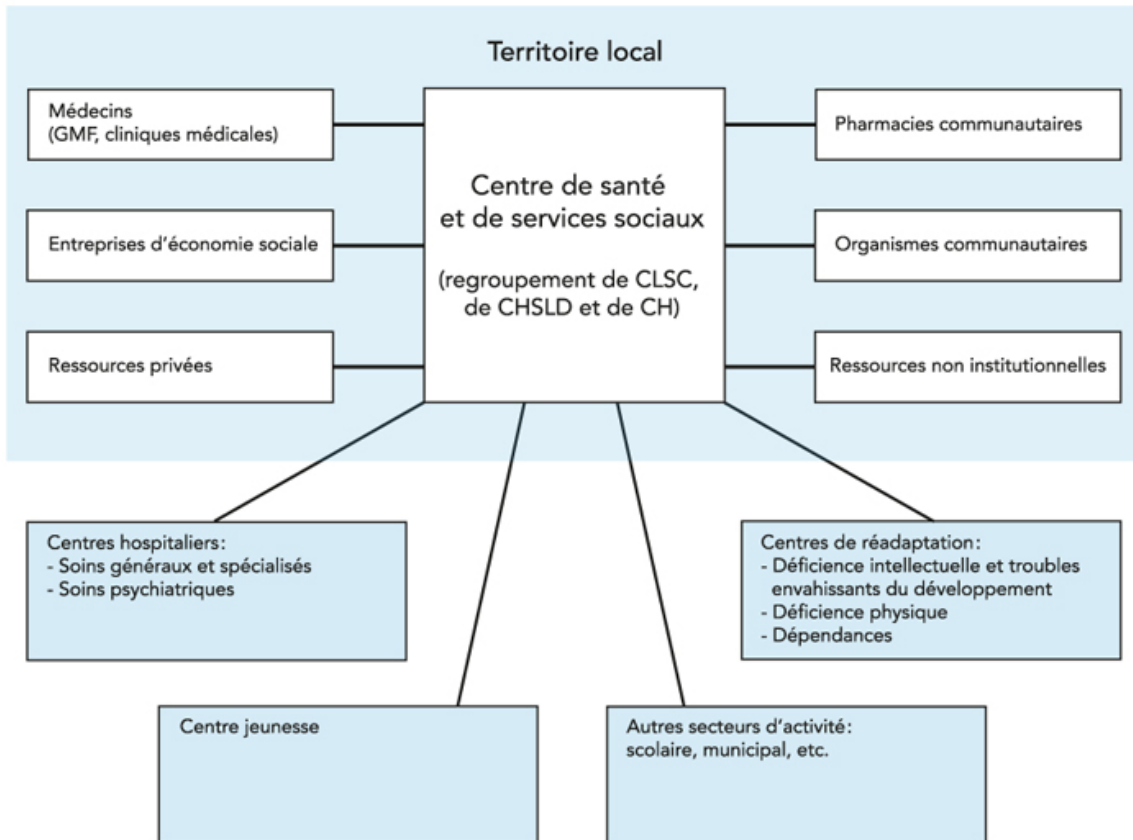
Attendu que le projet de loi n° 10, Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales :

- S'inscrit dans le plan d'austérité du gouvernement Couillard, dont la finalité est l'atteinte de l'équilibre budgétaire et la réduction du rôle social de l'État ;
- Ne s'attaque pas aux vrais problèmes d'accessibilité aux services sociaux et de santé ;
- Menace l'avenir des missions spécifiques jugées essentielles, telles que la prévention et la promotion de la santé ;
- Propose un modèle de gouvernance qui constitue un recul démocratique sans précédent ;
- Vise une centralisation des pouvoirs effarante et accorde au ministre de la Santé et des Services sociaux des pouvoirs discrétionnaires démesurés qui constituent autant de risques d'ingérence politique et de politisation du système de santé ;
- Ne s'engage pas à préserver le caractère public du système de santé et de services sociaux ;
- N'est pas le fruit d'un travail de réflexion élargi et fait l'objet d'une consultation précipitée ;
- N'est pas convaincant quant aux économies récurrentes qu'il permettrait de réaliser, ne s'appuie sur aucun scénario budgétaire ou financier rendu public, ni sur aucun bilan rigoureux des expériences passées en matière de fusions d'établissements ;
- Ne respecte pas les droits syndicaux et menace la vie démocratique syndicale ;

Nous recommandons le retrait du projet de loi n° 10.

Annexe I

Représentation d'un réseau local de services de santé et de services sociaux³⁴



³⁴ QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2014). *Système de santé et de services sociaux en bref*, [En ligne], [www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/en-bref/gouvernance-et-organisation/reseaux-locaux-de-services] (Consulté le 3 octobre 2014).



D12633

13 novembre 2014