



**Une mainmise ministérielle accrue
pour poursuivre une réforme
controversée**

**Mémoire présenté à la Commission de
la santé et des services sociaux, dans le
cadre des consultations particulières et
des audiences publiques sur le projet
de loi n° 130 : Loi modifiant certaines
dispositions relatives à l'organisation
clinique et à la gestion des
établissements de santé et de services
sociaux**

Par la Centrale des syndicats du Québec (CSQ)

Février 2017



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.

Introduction

Le 9 décembre dernier, à la toute fin de la session parlementaire, le ministre de la Santé et des Services sociaux déposait deux nouveaux projets de loi à l'Assemblée nationale, dont le projet de loi n^o 130 : Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux¹.

Par voie de communiqué, le ministre Barrette a affirmé que cette nouvelle étape s'inscrivait :

[...] dans la suite logique des changements législatifs amenés avec la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales [et visait à] faciliter la gouvernance administrative et clinique pour la rendre optimale [et à] adapter plusieurs lois aux nouvelles réalités du réseau de la santé et des services sociaux².

Selon lui, les améliorations proposées s'inscrivent en parfaite cohérence avec l'ensemble de la démarche entreprise en avril 2015, « qui vise à rendre le réseau plus efficient, et ce, au bénéfice de la population² », une affirmation que la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) ne peut passer sous silence.

En effet, il serait intéressant de savoir en quoi le gouvernement considère que la réforme entreprise il y a deux ans a conduit jusqu'à maintenant à une amélioration de l'accès, de la qualité et de la sécurité des soins et des services offerts à la population. Plusieurs effets constatés sur le terrain révèlent plutôt le contraire.

Selon ce que nous observons, la réforme en cours repose davantage sur une analyse des coûts qui, en contexte de compressions budgétaires récurrentes, tend à niveler par le bas l'offre de services publics. Serait-ce l'efficacité recherchée?

Dans un tel contexte, que le gouvernement n'ait pas daigné entendre les organisations syndicales sur les nouvelles propositions d'organisation et de gouvernance du système de santé et de services sociaux ne nous apparaît pas surprenant, mais cette façon de faire est très contestable, voire inacceptable.

¹ QUÉBEC (2016). *Projet de loi n^o 130 : Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux*, [En ligne], Québec, Éditeur officiel du Québec, 41^e législature, 1^{re} session. [www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-130-41-1.html].

² QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2016). *Le ministre Gaétan Barrette dépose deux nouveaux projets de loi à l'Assemblée nationale* (9 décembre). Repéré au msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=1224.

Pour la CSQ, l'avenir du système public de santé et de services sociaux ne peut reposer sur la seule vision d'un ministre qui évite le débat public et, qui plus est, refuse de soumettre sa réforme à toute évaluation basée sur l'analyse de données probantes³.

1 Une réforme qui n'a pas démontré sa raison d'être

La vaste réforme du système public de santé et de services sociaux, amorcée il y a près de deux ans, visait 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. L'intégration régionale des services de santé et des services sociaux, la création d'établissements à mission élargie et l'implantation d'une gestion à deux niveaux hiérarchiques devaient contribuer à l'atteinte de ces objectifs.

Le ministre Barrette affirmait alors qu'aucune fermeture de points de services n'était prévue et que les diverses missions spécifiques des établissements seraient protégées.

Or, l'imposition de près de 2 milliards de dollars de compressions budgétaires au système public de santé a forcé l'ensemble des centres intégrés à adopter des mesures d'optimisation budgétaires et des stratégies de gestion qui limitent aujourd'hui l'accès à des services sociaux et de santé de qualité, et ce, malgré les obligations prévues dans les ententes de gestion et d'imputabilité signées avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)⁴.

Parmi les stratégies de gestion permettant la réalisation d'économies qui affectent la qualité et la sécurité des services et des soins, mentionnons :

- L'abolition de postes et le non-remplacement des postes vacants (retraite, congé de maternité, assurance maladie), qui occasionnent une surcharge de travail dommageable pour le personnel et les usagères et usagers;
- Le recours croissant aux équipes volantes afin de forcer la flexibilité et la mobilité de la main-d'œuvre, qui met en péril la stabilité des équipes soignantes;

³ RETTINO-PARAZELLI, Karl (2016). « Barrette ne voit pas l'intérêt de faire évaluer sa réforme », *Le Devoir*, [En ligne] (25 avril). [ledevoir.com/societe/sante/469087/barrette-ne-voit-pas-l-interet-de-faire-evaluer-sa-reforme].

⁴ Les centres intégrés doivent, notamment, « mettre en place les mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre budgétaire sans affecter les services à la population » et « actualiser toutes nouvelles orientations, engagements ou directives du ministre pouvant survenir en cours d'année ».

- La fusion de nombreux centres d'activités, qui impose la maîtrise de multiples expertises et qui engendre beaucoup de stress et d'épuisement professionnel;
- La hausse des critères d'admission et la fermeture de lits dans les centres d'hébergement de longue durée, qui occasionnent une pression accrue sur les autres types d'hébergement et les proches aidantes et aidants;
- Des ratios personnel en soins-patients parfois très inquiétants;
- Une interprétation de plus en plus restrictive des critères d'admissibilité à différents programmes pour les clientèles vulnérables.

Les conséquences néfastes de la réforme s'observent concrètement dans toutes les régions du Québec, notamment dans les petites localités qui voient la fusion et la centralisation de diverses expertises les priver de services essentiels :

- Des traitements essentiels (par exemple hémodialyse) qui ne sont plus offerts dans certaines régions obligent les gens à effectuer de nombreux et longs déplacements, à déboursier des sommes importantes pour le transport ou l'hébergement, à se priver de la présence de leurs proches, voire à renoncer aux soins;
- La fusion de services de consultations externes spécialisés (par exemple urologie) et la réduction des plages de rendez-vous pour certains examens (par exemple électrocardiogramme) réduisent les services de proximité et imposent de plus en plus de déplacements vers les grands centres. Or toutes et tous ne possèdent pas de véhicule ou un degré d'autonomie suffisante;
- Les menaces constantes de fermeture de services d'urgence dans les petites localités créent une insécurité croissante et l'obligation pour ces communautés de se mobiliser sans relâche;
- La réduction notable du nombre d'heures de soins à domicile attribuées à certaines clientèles vulnérables entraîne une détérioration de leur qualité de vie et, dans certains cas, de leur état de santé.

Le dernier rapport d'activités⁵ du Protecteur du citoyen révèle de nombreux problèmes découlant des transformations structurelles mises en vigueur le 1^{er} avril 2015. À titre d'exemple, en matière de soutien à domicile, les enquêtes ont fait ressortir que l'intégration des offres de services locales à l'échelle régionale s'est traduite, en règle générale, par l'implantation de l'offre de services la moins

⁵ LE PROTECTEUR DU CITOYEN (2016). *Rapport annuel d'activités 2015-2016*, [En ligne], Québec, p. 91. [protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_annuels/rapport-annuel-2015-2016-protecteur.pdf].

généreuse sur l'ensemble du territoire. Quel est le bénéfice réel pour la population en pareil cas?

L'enquête réalisée par le Protecteur du citoyen au Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie⁶, à la suite d'un signalement syndical⁷, révèle notamment que le personnel infirmier travaillant dans les milieux d'hébergement parvient, avec difficulté, à respecter ses obligations déontologiques. Sa marge de manœuvre est pratiquement inexistante. Tout imprévu ou toute situation particulière (chute, urgence, arrivée de nouveaux résidents et résidentes, tenue de rencontres multidisciplinaires) peuvent immédiatement créer des surcharges et compromettre la dispensation des soins. Chaque milieu d'hébergement a été invité à se doter d'un mécanisme formel de sécurisation de l'offre de soins infirmiers avant la fin du mois de janvier 2017.

Des exemples comme ceux mentionnés ci-dessus ne cessent de faire la une de l'actualité depuis plusieurs mois. Dans un tel contexte, un nouveau projet de loi sur l'organisation clinique et la gestion des établissements de santé et de services sociaux (une réforme de la réforme) n'a rien d'anodin et mériterait que l'on puisse en débattre publiquement.

2 Une gouvernance de plus en plus éloignée des préoccupations et des besoins de la population

Plusieurs des situations problématiques potentielles que la CSQ avait soulevées dans le cadre des consultations publiques sur le projet de loi n° 10 en matière d'organisation et de gouvernance se sont malheureusement avérées.

Responsabilité populationnelle limitée et perte de proximité

Les centres de santé et de services sociaux, par le biais des réseaux locaux, s'étaient vu confier la responsabilité de rendre accessible un ensemble complet de services, et d'assurer la prise en charge et l'accompagnement de la personne dans

⁶ LE PROTECTEUR DU CITOYEN (2016). *Rapport d'intervention : Intervention au Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie*, [En ligne], Québec, 29 p. [protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_d_intervention/Intervention-CISSS-gaspesie.pdf].

⁷ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2016). *Loi n° 10 et compressions budgétaires dans le réseau de la santé : Le SIIIIEQ-CSQ présente le dossier noir de l'état de santé du CISSS Gaspésie* (14 juin). Repéré au lacsq.org/salle-de-presse/communique-de-presse/news/le-siiiieq-csq-presente-le-dossier-noir-de-letat-de-sante-du-ciss-gaspesie.

le système de santé. Avec l'avènement des mégastructures régionales⁸, la modulation des services en fonction des particularités et des besoins d'un territoire local semble bel et bien chose du passé. La fusion de centres d'activités au profit de certaines grandes localités, la nécessité croissante d'établir des corridors de services régionaux et interrégionaux et l'apparition de missions suprarégionales ne sont que quelques exemples illustrant comment l'efficacité économique imposée en contexte de restrictions budgétaires se traduit par un recul en termes d'accessibilité.

Est-il nécessaire de rappeler que :

- La mise en place de réseaux territoriaux de services de santé et de services sociaux vise à assurer des **services de proximité** et leur continuité?
- Les nouveaux centres intégrés se sont vu confier la responsabilité de définir un **projet clinique et organisationnel** pour leur territoire respectif qui détermine les besoins sociosanitaires et les particularités de la population, les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population et l'offre de services requise, les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau?

Or :

- Ce projet clinique et organisationnel doit être **conforme aux orientations ministérielles** et respecter les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficacité reconnus (lesquels?) ainsi que les ressources disponibles.
- Les centres intégrés doivent conclure avec le ministre une entente de gestion et d'imputabilité, et élaborer un plan d'action qui contient les moyens pris pour donner suite à l'entente et les ressources disponibles pour y arriver; ces outils doivent **permettre la mise en œuvre des orientations stratégiques déterminées par le ministre.**

Bref, les centres intégrés semblent avoir essentiellement la responsabilité de mettre en œuvre, avec les ressources disponibles, ce qui est décidé par le ministre. Dans un tel contexte, à quoi bon cerner les besoins de la population, et plus encore, écouter ses revendications.

⁸ En 2015, dans la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec par exemple, plus de 1 400 établissements et organismes offraient des services sociaux et de santé à près de 505 000 personnes réparties sur un territoire de 42 000 kilomètres carrés. De ce nombre, douze établissements publics, dont huit CSSS, couvraient 132 points de services. Aujourd'hui, un seul conseil d'administration, celui du CIUSSS MCQ, doit définir l'ensemble du projet clinique et organisationnel régional.

3 Une gouvernance centralisatrice, de moins en moins éthique

Microgestion préoccupante

La volonté du ministre de mieux contrôler la gestion des établissements régionaux s'accroît. Mais pourquoi?

Rappelons que le ministre a déjà le pouvoir de fusionner deux ou plusieurs établissements afin d'assurer une meilleure fluidité des soins, de 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 et de demander la mise en place de corridors de services interrégionaux particuliers, au besoin. Il s'assure notamment de la coordination des activités des établissements au sein d'une même région et entre les établissements de régions avoisinantes.

Malgré ses pouvoirs de nomination et organisationnels déjà très importants, malgré des ententes de gestion et d'imputabilité, et des processus de redditions de comptes très contraignants et, enfin, malgré le fait que le conseil d'administration (CA) doit déjà, dans le respect des orientations nationales et des enveloppes allouées par programme-service, répartir équitablement les ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition, le ministre juge nécessaire d'asseoir davantage son autorité et d'augmenter son emprise.

En effet, l'article 36 du projet de loi prévoit que le ministre devra autoriser tout projet de règlement du CA d'un établissement, des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens, des infirmières et infirmiers, des infirmières et infirmiers auxiliaires, des sages-femmes et du conseil multidisciplinaire de même que celui d'un département régional de médecine générale et d'un comité régional sur les services pharmaceutiques.

L'autorisation du ministre pourra être conditionnelle à ce que certaines modifications soient apportées.

Pourquoi le ministre souhaite-t-il contrôler à ce point les outils de gestion interne? Y aurait-il une perte de confiance généralisée, des résistances ou de l'obstruction systémique à éliminer, une urgence de mettre au pas certains acteurs récalcitrants? Bref, tout cela laisse une bien mauvaise impression.

N'oublions pas qu'un projet de transformation organisationnelle 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.

Nouveaux pouvoirs de nomination très inquiétants

Rappelons que la fusion des établissements publics de santé, l'abolition des postes de conseil d'administration réservés aux personnes élues par la population, aux organismes communautaires de la région et au personnel de l'établissement, et le fait qu'un rôle mineur est maintenant accordé aux administratrices et administrateurs internes avaient soulevé la grogne populaire.

Le gouvernement s'était alors empressé d'affirmer qu'il s'arrogeait temporairement des pouvoirs de nomination exceptionnels, le temps de démarrer et d'implanter les transformations requises.

Or, deux ans et quelques scandales et démissions plus tard, nous apprenons que, plutôt que de rétablir certains processus de nomination plus démocratiques, le ministre s'octroie, au contraire, de nouveaux pouvoirs dont celui de recommander une personne pour le poste de président-directeur général adjoint (article 3) qui sera nommé par le gouvernement (il est actuellement nommé par le CA). À défaut de recevoir une liste de noms fournie par les membres du CA dans un délai raisonnable, le ministre pourra recommander toute personne de son choix! L'inconnue quant aux délais jugés raisonnables par le ministre et le fait que la majorité des membres du CA soient des membres indépendants nommés par le ministre, dont certains ayant eu des liens étroits avec le secteur privé, s'ajoutent à nos nombreuses préoccupations.

Ajoutons qu'à défaut de recevoir une liste de noms dans un délai raisonnable, le ministre pourra également recommander toute personne de son choix représentant les organismes représentatifs du milieu de l'enseignement et les universités auxquelles est affilié l'établissement (article 2, paragraphe 1), et rien de moins que le poste de président-directeur général (article 2, paragraphe 2). Voilà qui est vraiment fort préoccupant!

4 Risques de conflits d'intérêts accrus

Autre préoccupation majeure : le premier article du projet de loi n° 130 prévoit qu'un président-directeur général d'un établissement pourrait dorénavant siéger au CA d'une fondation de cet établissement. Nous croyons qu'une telle mesure comporte des risques de conflits d'intérêts très élevés qui ne peuvent être ignorés. Les barrières entre la collecte de fonds auprès, notamment, de corporations privées, et l'octroi et la gestion des contrats publics doivent demeurer les plus étanches possible.

Déjà, dans son mémoire sur le projet de loi n° 10, la CSQ avait soulevé d'importantes réserves sur le fait qu'à la demande d'une fondation d'un établissement, le ministre puisse nommer au sein du CA, 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.

Nous avons alors mentionné que, bien que cette pratique soit déjà effective, elle devait néanmoins être sérieusement remise en question. Voici ce que nous avons alors soulevé :

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*⁹ 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 Québec¹⁰.

Aussi, un nombre croissant d'organisations québécoises demandent que des modifications soient apportées aux lois et aux règlements en vigueur. Elles réclament une transparence complète et entière tout au long des processus d'octroi de contrats publics, incluant la divulgation intégrale des contrats^{11 12}.

Dans un contexte de privatisation croissante, ce type de gouvernance intégrée (public-privé) risque de dénaturer, à plus ou moins long terme, l'un des principes

⁹ LACOURSIÈRE, Ariane (2014). « Hôpital Santa Cabrini : la majorité des contrats accordés à des donateurs », *La Presse*, [En ligne] (7 avril). [lapresse.ca/actualites/sante/201404/06/01-4755053-hopital-santa-cabrini-la-majorite-des-contrats-accordes-a-des-donateurs.php].

¹⁰ 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.

¹¹ 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.

¹² CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2014). *Nouvelle gouvernance et réorganisation du système de santé : nous refusons la mise en péril du modèle de santé québécois*, Mémoire présenté 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, [En ligne] (novembre), 29 p., D12633. [lacsq.org/fileadmin/user_upload/csq/documents/documentation/avis_memoires/2014-2015/D12633.pdf].

fondamentaux de notre système public de santé et de services sociaux, à savoir sa gestion publique.

Conclusion

Les dérives que connaît notre système public de santé et de services sociaux sont alarmantes et inacceptables. La CSQ ne peut d'aucune façon cautionner un projet de loi qui, dans son essence, poursuit l'œuvre de démantèlement de notre modèle de santé public.

Le gouvernement, s'il a vraiment à cœur les intérêts de ses concitoyennes et concitoyens, doit reconsolider l'offre de services publics dans l'ensemble des régions du Québec¹³ et réinvestir afin d'assurer à toutes et à tous l'accès à des services de proximité et leur continuité.

Nous ne le dirons jamais assez : la réforme en cours est menée sans une réelle volonté d'impliquer les acteurs du réseau de la santé. L'ampleur des changements qui se poursuivent, la précipitation des présentes consultations très limitées et, encore une fois, l'absence de certaines informations jugées essentielles à la compréhension des changements organisationnels proposés révèlent l'intention du ministre de poursuivre l'imposition d'un modèle de santé qu'il refuse de soumettre aux débats publics.

Plus que jamais, la CSQ réclame le retour d'un modèle de gouvernance qui soit attentif et respectueux de l'intérêt collectif et qui privilégie une réelle participation citoyenne. Elle dénonce la centralisation inégalée des pouvoirs et les tentatives visant à réduire au silence toute la critique.

Pour notre organisation, le processus de consultation qui a cours ne nous permettra pas de faire collectivement, et de façon responsable, le travail de réflexion qui s'impose.

Et on prétend que tout cela est fait au bénéfice de la population!

¹³ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2017). *Réparer les pots cassés : un grand réinvestissement pour des services publics accessibles et de qualité*, Mémoire présenté au ministre des Finances, Carlos J. Leitao, dans le cadre des consultations prébudgétaires 2017-2018, [En ligne] (février), 39 p., D12915. [lacsq.org/fileadmin/user_upload/csq/documents/documentation/avis_memoires/2016-2017/D12915.pdf].

Liste des recommandations

La CSQ recommande :

1. Que tout projet de loi modifiant l'organisation, la gouvernance, le financement et la gestion du système de santé et de services sociaux fasse l'objet de consultations publiques élargies, incluant l'ensemble des acteurs du réseau de la santé.
2. Que le gouvernement reconsolide l'offre de services publics dans l'ensemble des régions du Québec et qu'il réinvestisse afin d'assurer à toutes et à tous l'accès à des services de proximité et leur continuité.

