



Mémoire de l'Association des cadres supérieurs de la Santé
et des services sociaux

Présenté à

La Commission de la Santé et des services sociaux

Lors des auditions publiques sur le Projet de Loi no 130

Mardi le 14 février 2017 à la Salle du conseil législatif de
l'hôtel du Parlement

Loi modifiant certaines dispositions relatives à
l'organisation clinique et à la gestion des établissements de
santé et de services sociaux.

TABLE DES MATIÈRES

1. CREDO	3
2. OBSERVATIONS GÉNÉRALES	3
3. COMMENTAIRES ET QUESTIONNEMENTS	4
3.1 Sur la gouvernance.....	4
3.2 Sur l’approvisionnement en commun... ..	5
3.3 Sur les règles encadrant l’organisation interne... ..	6
3.4 Sur les règles encadrant les privilèges des médecins, dentistes et pharmaciens.....	7
3.5 Sur le régime de traitement des plaintes... ..	10
3.6 Sur différents sujets... ..	10
4. CONCLUSION	11

1. Credo

À la lumière d'un principe sur lequel repose l'exercice de la démocratie, l'Association des cadres supérieurs de la Santé et des Services sociaux (ACSSSS) présente à la Commission de la Santé et des Services sociaux un mémoire contenant ses commentaires sur le Projet de loi no 130 (PL 130).

Ce mémoire et les représentations qui en découleront lors des auditions publiques ont non seulement pour but de favoriser l'efficacité du travail des députés dans le cadre des délibérations parlementaires, mais aussi de permettre l'expression du point de vue d'une catégorie d'acteurs stratégiques que sont les cadres supérieurs et hors-cadres membres de l'ACSSSS.

2. Observations générales

Lors du dépôt de notre mémoire portant sur le projet de loi no 10, en novembre 2014, nous avons fait ressortir certains enjeux majeurs. Sans se répéter, il appert que certains points déjà édictés, doivent être repris.

En effet, la dimension humaine de la transformation proposée par le Ministre Barrette est encore et toujours un véritable enjeu. Ce sont les personnes, les différents acteurs qui portent et porteront le changement. La réforme, loin de loger dans une simple question technique, est fondamentalement un acte de démocratie. Ceci implique alors que, pour toute action politique, une réelle compréhension des enjeux est capitale.

Particulièrement, dans un projet de réformer ou d'amender une Loi, on devrait se questionner sur le « pourquoi » d'une telle réforme ou d'un tel amendement. Là et alors là, l'utilisation des connaissances des acteurs constitue un terreau fertile menant au partage, à la collégialité, à la circulation de l'information entre chaque partenaire pour, finalement et ultimement, servir le patient. Un lieu où l'on partage des valeurs, des normes qui facilitent la coopération mutuelle (Putnam, 1993).

Or, à la lecture du PL 130 on constate non seulement le traitement de différents sujets pour régler des problèmes qui n'ont pas nécessairement de lien entre eux mais, surtout, la description d'un mode de fonctionnement appuyé sur un discours idéologique. Un autre endroit où les acteurs n'auront pas été consultés.

Cette vision demeure aux antipodes de l'évolution de notre société et de son système de santé. Quasiment plus personne ne participe aux décisions. Les organismes susceptibles de critiquer sont disparus (Commissaire à la Santé, Associations d'établissements). Plusieurs secteurs et plusieurs personnes sont fragilisés par les différentes compressions successives.

C'est dans un pareil contexte que nous est soumis le PL 130 pour commentaires.

3. Commentaires et questionnements

3.1 Sur la gouvernance

Peut-on parler de gouvernance autoritaire?

Article 1 du PL 130

Il sera permis à un PDG de siéger sur le conseil d'administration d'une fondation.

-S'agit-il d'une extension au bras du ministre, puisque c'est lui qui nomme les PDG?

-En lisant l'ensemble du PL 130 on peut comprendre que la nomination d'un PDG au CA de la fondation permettra de garder le cap sur les missions de l'établissement afin d'éviter que, par exemple, un projet amené à la fondation qui viserait l'achat d'un gros équipement et qui obligerait l'établissement à développer (\$) dans un secteur non prioritaire ou dans un secteur interdit par les règles ministérielles ne puisse voir le jour.

Article 2 du PL 130

Si les postes au CA ne sont pas comblés, le ministre pourra les nommer à partir d'une liste qui devra lui être fournie dans un délai raisonnable.

-Qu'est-ce qu'un délai raisonnable? Aux yeux de qui?

Si le ministre n'obtient pas telle liste dans un délai raisonnable, il pourra recommander une personne de son choix.

-N'est-ce pas un pouvoir trop arbitraire à conférer au ministre?

-S'agit-il d'une règle inhérente à la saine gouvernance?

Article 3 du PL 130

Le PDGA sera nommé par le gouvernement (plutôt que par le CA) sur recommandation du ministre à partir d'une liste de noms fournie par les membres du CA. Cette liste doit comporter un minimum de 2 noms et, à défaut d'être transmise dans un délai raisonnable, le ministre pourra recommander toute personne de son choix au gouvernement.

-L'espoir de retrouver une certaine autonomie démocratique dans la nomination du PDGA vient de s'éteindre.

-Quel sera le statut accordé à ce PDGA?

-Faut-il garder à l'esprit que 12 membres du CA sont nommés par le ministre (10 indépendants et 2 représentants du milieu universitaire). Les autres membres (6) sont nommés parmi les comités et conseils statutaires de l'établissement. Il n'existe plus aucun membre élu.

Articles 16 et 17 du PL 130

En plus de ses diverses fonctions, le CA devra s'assurer de l'accessibilité aux services.

-Est-ce un mirage dans la dynamique *top-down* que nous connaissons depuis 2014?

-Quelle sera la marge de manœuvre et l'autonomie du CA pour remplir telle obligation dans le contexte actuel?

-Si le CA n'y arrive pas, quelle en sera la sanction? La destitution des membres en bloc?

3.2 Sur l'approvisionnement en commun

Article 37 du PL 130

Ces articles sont importants puisqu'ils introduisent dans la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* (LSSSS) un chapitre sur l'approvisionnement en commun. Ce chapitre vise à standardiser les approvisionnements, appel d'offres, redditions de compte au ministre.

Le ministre aura le pouvoir de reconnaître les groupes d'approvisionnement en commun et d'identifier les établissements devant être desservis par ces groupes. L'établissement desservi par un groupe d'approvisionnement en commun aura l'obligation d'utiliser les services de ce groupe.

De façon générale, les dirigeants sont assez favorables sur le principe des achats en commun, avec quelques réserves cependant :

-Y aura-t-il un encadrement spécifique pour reconnaître les groupes?

-Y aura-t-il un encadrement pour éviter la création de contrats en dessous ou au-dessus des contrats avec les fournisseurs?

-Comment s'assurer de la qualité des approvisionnements dans un contexte provincial (variété, excellence, innovation)?

- Comment éviter les conflits d'intérêts potentiels?
- L'attribution de contrats d'exclusivité à certains fournisseurs se réalisera-t-il au détriment d'autres fournisseurs qui peineront peut-être à améliorer un produit ou à en développer un nouveau?
- L'exclusivité à un fournisseur lui confèrera-t-il le pouvoir de renouveler à frais plus élevés?
- En cas de rupture d'inventaire du fournisseur exclusif, quel sera le plan B?

3.3 Sur les règles encadrant l'organisation interne

Article 18 du PL 130

Le Plan d'organisation administratif, professionnel et scientifique devra être soumis au ministre qui pourra l'approuver avec ou sans modification. Ce plan ne requerra désormais qu'une consultation auprès du CMDP.

- Pourquoi substituer la simple consultation au pouvoir de recommandation qui incombait au CMDP relativement au plan d'organisation?
- Comment le CMDP réagira-t-il devant une abrasion d'une partie de son pouvoir?
- Cela est-il de nature à favoriser l'augmentation de la productivité des médecins?
- Cette mesure est-elle trop drastique pour ne viser peut-être que certains CMDP qui tenteraient d'empêcher l'adoption du plan d'organisation?

Finalement, le plan d'organisation d'un centre hospitalier devra comprendre les départements prévus dans le PL 130 (voir article 19).

- Les départements prévus à l'article du PL 130 ont du sens;
- Certaines récriminations sont cependant à prévoir.

Article 21 du PL 130

Il s'agit d'une modification à l'article 189 de la LSSSS, qui détermine la responsabilité du chef de département clinique, sous l'autorité du DSP.

Avant on parlait de «négligence» d'élaborer les règles d'utilisation de ressources. Le PL 130 parle de «refus» d'élaborer des règles d'utilisation des ressources ou de retard obligeant l'administration à intervenir.

-Une obligation attribuée à l'administration.

Article 22 du PL 130

On vise les règles de soins médicaux, dentaires et les règles d'utilisation des médicaments.

-Le CA peut se tourner vers le CMDP ou vers le PDG pour régler le problème de l'élaboration de telles règles.

-Cela peut se voir comme une autre formule d'abrogation des devoirs des CMDP.

Articles 24 et 25 du PL 130

Actuellement, un directeur de santé publique a des responsabilités administratives et professionnelles. Lorsqu'il est nommé chef de département de santé publique, il a l'autorité d'exercer ces deux responsabilités distinctes. Le PL 130 stipule que s'il n'est pas chef de département, il détient alors les responsabilités du DSP il peut assumer des responsabilités administratives. Aucune disposition n'est prévue concernant les responsabilités professionnelles du chef de département (art. 190 LSSSS) qui relèvent du CMDP pour permettre au directeur de santé publique de s'assurer du respect des guides de pratique de santé publique et de s'assurer des bonnes pratiques médicales en santé publique.

Article 32 du PL 130

Le directeur de santé publique doit être médecin et, selon l'article 372 de la LSSSS, il doit avoir une formation en santé communautaire. Le PL 130 suggère d'insérer «ou une expérience de 5 ans de pratique en santé communautaire».

-Pourquoi ce changement?

-Pourquoi ne pas ajouter «une expérience de 5 ans de pratique pertinente en santé communautaire»?

-Est-ce que les directeurs de santé publique ont été consultés sur la suffisance de ces 5 ans d'expérience?

3.4 Sur les règles encadrant les privilèges des médecins, dentistes et pharmaciens

Article 7 du PL 130 : ajout de l'article 60.1

Le premier constat porte sur le droit de regard du ministre sur les décisions du CA de l'établissement. En effet, le ministre peut exiger l'ajout de certaines obligations aux privilèges que le CA compte octroyer au médecin. Cette obligation doit avoir pour but de combler les besoins spécifiques en médecine de famille de première ligne.

-Qui identifie les besoins en médecine de famille de première ligne? Par quel mécanisme?

-Le fait que le ministre se garde le pouvoir d'étendre des activités cliniques en dehors des activités que les médecins font en CH ne crée-t-il pas un risque d'exode des médecins travaillant en première ligne, et ce au détriment des activités hospitalières?

-Comment répondre à la pénurie d'effectifs en régions éloignées? Comment avoir un pouvoir d'attraction et de rétention si on oblige l'établissement à appliquer des mesures de coercition? Pourquoi de jeunes médecins viendraient-ils en région si on ne peut, par exemple, leur garantir une certaine conciliation travail-vie personnelle?

-Que se passera-t-il quand le ministre va demander à l'établissement d'ajouter certaines obligations de couvrir les services en région éloignée, ou encore de couvrir certains services, par exemple en CHSLD?

De façon générale, le PL 130 instaure des règles que le ministre juge nécessaires au changement de culture dans la gestion des effectifs médicaux afin de mettre en place les meilleures pratiques. Il peut toutefois s'agir d'une arme à double tranchant. Des mesures coercitives majeures sont prévues si on n'arrive pas à faire respecter ces règles. Le ministre donne aux établissements le pouvoir de «punir» les médecins dont la pratique ne répondra pas aux exigences de l'établissement et à son fonctionnement optimal.

-Pourquoi mettre en opposition les médecins et les gestionnaires par un tel projet de loi ? Est-ce que l'objectif de collaboration visé ne se traduira pas plutôt par une tension entre les protagonistes?

-Dans la mesure où l'autonomie professionnelle des médecins et leurs conditions de travail sont ici en cause, pourquoi ne pas avoir consulté les parties pour bâtir une coopération et une collaboration ? Notre réseau regorge pourtant d'histoires à succès grâce à la synergie créée par tandems clinico-administratifs.

-Est-ce que le PL 130 intervient là où la Loi 20 a échoué ?

-Est-ce qu'on cherche à contrôler la pratique médicale en visant l'augmentation de la productivité ?

Les établissements auront le pouvoir d'établir des règles de fonctionnement des horaires pour les activités ambulatoires, chirurgicales, etc. Les médecins auront le devoir de s'y conformer.

-Or, les médecins qui profitent déjà d'une belle pratique en clinique seront-ils tentés de claquer la porte si les conditions imposées ne leur plaisent pas ?

-Et pour les médecins qui n'auraient pas un tel choix, par exemple les anesthésistes, comment s'assurera-t-on d'une saine gestion du climat de travail et d'une saine gestion de la transformation?

-Comment évitera-t-on le risque que, en bout de ligne, ce soit le patient qui écope?!

Par l'accroissement des pouvoirs dévolus au ministre, la résultante est une micro gestion faite au détriment de l'autonomie et de la fluidité de la gestion requise à la mise en place des structures aussi imposantes que celles des CISSS et des CIUSSS.

Articles 28 et 29 du PL 130

Les privilèges octroyés aux médecins par le CA seront pour une durée maximale d'un an et ils pourront être renouvelés pour une période de un à trois ans. Le renouvellement ne sera donc plus automatique, une demande à cet effet devra être adressée par le médecin. Avant de renouveler les privilèges d'un médecin, le CA devra avoir eu l'avis du DSP quant au respect par le médecin de ses obligations.

-Comment garder un professionnalisme respectueux si le CA peut agir sans les recommandations du CMDP, lequel sera seulement consulté?

-En cas de conflit entre le CA et le CMDP sur les privilèges à être attribués à un médecin, le CA l'emportera; quel sera alors le climat?

-Dans les faits, comment s'articuleront la gestion, l'observation, les commentaires voire la sanction de l'administration par rapport au manquement par un médecin à une obligation, par exemple dans un CHU où les médecins doivent détenir un *fellowship* et s'engager en recherche clinique ou fondamentale, en évaluation et en formation (devenant patron pour les résidents)?

-Il y a loin de la coupe aux lèvres même si les dents du PL 130 semblent bien aiguisées (voir art. 29 du PL 130).

-Aurait-on pu prévoir un mécanisme d'arbitrage en cas de manquement à une obligation imposée au médecin ?

3.5 Sur le régime de traitement des plaintes

Article 11 du PL 130

Une personne qui est membre du personnel de l'établissement peut agir sous l'autorité du commissaire local ou du commissaire local adjoint.

-L'article 30 de la LSSSS stipule que le commissaire local et le commissaire local adjoint sont tous deux nommés par le CA. Ceci infère que le commissaire local n'a pas le pouvoir de nommer le commissaire local adjoint, lequel agit pourtant sous son autorité. Désormais, le commissaire local ou le commissaire local adjoint aurait le pouvoir de nommer un tiers qui agira sous leur autorité.

-L'expression «membre du personnel» soulève plusieurs questions :

-Quel sera son statut?

-Quelles fonctions aura-t-il le droit d'accomplir?

-Les alinéas 1 et 2 de l'article 31 de la LSSSS n'étant pas modifiés par le PL 130, qu'en sera-t-il de l'indépendance de ce membre du personnel? Les activités accomplies par celui-ci commanderont-elles une exclusivité de fonction ?

-Ce membre du personnel bénéficiera-t-il de la même immunité relative et de la non contraignabilité dévolues au commissaire local et au commissaire local adjoint?

Le vocable «régional » suivant le commissaire local et le commissaire local adjoint devrait apparaître de façon uniformisée afin de prévoir les activités dans les territoires où il y a plus d'un CISSS.

Il aurait été opportun d'aller plus loin en amendant les articles 29 et 34 al.1 de la LSSSS pour donner au commissaire un pouvoir d'enquête plutôt qu'un pouvoir d'examen. Ce faisant, le commissaire pourrait bénéficier du même pouvoir d'enquête que celui que possède le protecteur du citoyen et le coroner.

3.6 Sur différents sujets

Article 15 du PL 130

Cet article encadre la mise sous garde des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.

- On ne précise pas le type de garde en établissement: provisoire, préventive?
- Lourdeur des rapports trimestriels au CA.

Article 10 du PL 130

Sur l'alignement des choix technologiques communs.

- On comprend la nécessité d'une certaine cohérence.
- Certains y perdront, d'autres y gagneront. En moyenne, collectivement nous y gagnerons sûrement.

4. Conclusion

Les chances que le PL 130 soit adopté sont grandes. L'expérience des dernières années nous démontre que le bâillon, bien qu'il soit une procédure d'exception, sert plus souvent que d'usage.

Dès l'adoption de ce PL 130, un travail colossal attend les établissements afin de documenter et compléter le profil des activités professionnelles de tous les médecins. Il est aussi permis de croire que le délai imposé par le ministre pour ce faire sera bref.

La relation entre les gestionnaires et les médecins risque de créer beaucoup de tension dans le climat organisationnel. Même si le PL 130 donne plus de pouvoir aux gestionnaires, auront-ils les ressources nécessaires, autres que la coercition contenue au PL, pour leur permettre l'implantation de ce changement de culture auprès des acteurs importants que sont les médecins?