

Montréal, le 28 octobre 2014

PAR TÉLÉCOPIEUR: 418 266-7197

Dr Gaétan Barrette
Ministre de la Santé et des Services sociaux
Édifice Catherine Longpré
1075, chemin Ste-Foy
15e étage
Québec (Qc) G1S 2M1

Objet: Projet de loi 10

Monsieur le Ministre,

Vous trouverez ci-joint notre analyse du projet de loi 10 que vous avez déposé le 25 septembre 2014. Comme nous n'avons pas été invité à la Commission parlementaire sur le projet de loi, nous avons quand même jugé utile de vous faire parvenir notre analyse, laquelle se fait selon une perspective axée sur les droits des usagers.

Vous savez certainement que toute notre pratique professionnelle est orientée en fonction de la défense des droits des usagers. C'est à partir de notre expérience pratique que nous avons analysé l'impact de ce projet de loi sur les droits des usagers. Comme vous le constaterez, le projet de loi, dans sa facture actuelle, nous semble présenter des conséquences graves et sérieuses sur certains droits des usagers. Il nous semble que les rédacteurs du projet de loi n'ont peut-être pas pris toute la mesure des conséquences des règles proposées sur les droits des usagers.

Nous sommes disposés à poursuivre les discussions à ce sujet, et même, si vous le jugez approprié, à nous présenter en commission parlementaire pour exposer davantage le point de vue des usagers du système de santé à l'égard de la réforme proposée.

Nous transmettons également copie des présentes aux partis d'opposition et à la secrétaire de la Commission parlementaire. Nous rendrons publique cette prise de position mercredi, le 29 octobre 2014.

Dans l'intervalle, veuillez agréer, monsieur le Ministre, l'expression de nos salutations distinguées.

MÉNARD, MARTIN,



Jean-Pierre Ménard, Ad. E.

Pièce jointe.

c.c. Diane Lamarre
Éric Caire
Amir Khadir
Annik Laplante, Commission parlementaire

Le projet de loi 10 comporte des conséquences graves pour les droits et les besoins des usagers du système de santé

Le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, le docteur Gaétan Barrette, a déposé le 25 septembre 2014, le projet de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, ci-après appelé P.L. 10.

Les objectifs de la loi sont exprimés dans l'article 1 : favoriser et simplifier l'accès aux services pour la population; contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et accroître l'efficacité et l'efficience du réseau.

Pour ce faire, la loi prévoit l'intégration régionale des services de santé et des services sociaux autour d'un grand établissement régional, le Centre intégré de santé et de services sociaux (le CISSS), auquel se greffe une série d'organismes privés et communautaires pour former le réseau régional de santé et services sociaux. Les agences de la santé et des services sociaux de chaque région disparaissent et leurs responsabilités sont partagées entre les CISSS et le ministère.

Cette restructuration s'accompagne d'une centralisation extraordinaire des pouvoirs entre les mains du ministre de la Santé et des Services sociaux. C'est lui qui nomme tous les membres du conseil d'administration des CISSS, en choisit le président directeur général, contrôle par divers pouvoirs le fonctionnement des CISSS et peut intervenir sur à peu près tous les aspects de leurs activités.

Au-delà des discours officiels, quel impact ce projet de loi aura t'il sur les droits des usagers du système de santé? Pour répondre à cette question, nous examinerons les objectifs mentionnés ci-dessus, en relation avec les mesures proposées aux fins d'évaluer si les nouvelles règles contenues au projet de loi laissent entrevoir l'atteinte de ces objectifs.

Nous traiterons de l'accessibilité des soins, de la qualité des soins, de la sécurité des soins et de l'efficacité et l'efficience du réseau. Nous examinerons également l'impact du projet de loi sur le Comité des usagers de l'établissement.

L'accessibilité

L'accessibilité aux soins et services est l'un des problèmes majeurs du système de santé du Québec. Le droit des patients d'accéder aux soins est problématique à beaucoup d'égards. Depuis 1970, avec l'adoption de la réforme du système de santé, la loi repose sur le principe que lorsqu'un usager frappe à n'importe quelle porte du réseau de la santé, c'est tout le réseau qui lui devient accessible pour répondre à ses besoins. L'utilisateur a le droit d'y accéder selon l'urgence et la gravité de son cas. En pratique, on est encore très loin de la coupe aux lèvres. Le fonctionnement en silo, où chaque établissement ne travaille que pour lui-même, sans intégration avec les autres, est encore trop répandu et ce, même après les fusions de 2003, dont l'objectif était d'intégrer, à l'intérieur d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS) divers centres de services (CHSLD, CLSC, centres hospitaliers) pour favoriser l'accès aux services. Onze ans après la réforme, il existe encore dans certains CSSS, un fonctionnement en silo entre les divers centres de services. Les corridors de services inter-établissements arrivent difficilement à répondre aux besoins d'un certain nombre de patients.

Le P.L. 10 cherche, en fusionnant ensemble tous les établissements de santé et de services sociaux du Québec en 28 établissements, à mettre fin au fonctionnement en silo. Il rend obligatoire les corridors de services, où un établissement ne peut plus refuser un transfert inter-établissement, sauf pour motifs sérieux.

Ce sont des mesures positives, mais qui sont encore très loin de résoudre la question de l'accessibilité aux soins et services. La fusion d'établissements ne suffit pas à elle seule à résoudre ce problème. L'expérience des fusions de 2003 constitue un exemple peu rassurant à cet égard. Onze ans après cette première importante réforme, l'accessibilité aux soins demeure inacceptable pour les salles d'urgences, les soins de longue durée, les soins en santé mentale, les services en déficience intellectuelle et bien d'autres. La réforme des structures a peu d'impact sur l'accessibilité. Fusionner ensemble un grand nombre d'établissements dont beaucoup de services sont déjà peu accessibles ne réglera pas le problème. Encore faut-il que tous les centres de services des nouveaux établissements apprennent à travailler ensemble. Le risque de l'hospitalo-centrisme est très élevé et le projet de loi ne comporte pas vraiment de mesures pour assurer un équilibre entre les différentes missions des CISSS.

Il faudra un certain temps (au mieux quelques années) pour que les politiques, les procédures et l'organisation soient intégrées à un niveau suffisant pour permettre une plus grande accessibilité.

Cette accessibilité mise de l'avant par le projet de loi est par ailleurs totalement discordante avec les décisions du gouvernement sur le plan budgétaire. Ce dernier vient d'annoncer d'importantes compressions dans le système de santé, dont la plupart, il ne faut pas avoir peur de le dire, ont un impact négatif direct sur l'accessibilité à certains services, particulièrement pour les clientèles les plus vulnérables. L'accessibilité n'est pas qu'une question de structures mais une question beaucoup plus large que cela. C'est ailleurs ce qu'il faut regarder. La réforme des structures peut avoir autant d'effets positifs que négatifs ou neutres sur l'accessibilité. La démonstration des effets positifs reste à faire.

Le P.L. 10 aura également des conséquences négatives majeures sur un droit important de l'utilisateur, soit celui prévu à l'article 6 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, qui lui donne le droit de choisir l'établissement duquel il veut recevoir des services. L'accessibilité aux soins est aussi d'accéder aux soins à l'endroit de son choix, lorsque plusieurs centres de services dispensent les mêmes soins. Il y avait, en 1991, près de mille établissements sur lesquels les choix de l'utilisateur pouvaient s'exercer. Il en restera 28 après la réforme. Celle-ci vide de son sens le libre choix de l'établissement par l'utilisateur. Il s'agit ici pourtant d'une valeur fondamentale du système de santé, permettant à l'utilisateur d'accéder à des services là où il l'estime le mieux pour lui.

Avec la réforme proposée, l'utilisateur perdra une partie importante de son droit au libre choix de l'établissement, puisqu'il appartient à ce dernier de décider vers quel centre (exemple CHSLD) l'utilisateur sera dirigé pour recevoir des services, de décider dans quelle installation on lui prodiguera ces services. Ainsi, pour prendre l'exemple du CISSS Montérégie, rien n'empêche l'établissement de placer un résident de Valleyfield dans un CHSLD de St-Hyacinthe puisqu'il s'agit du même établissement. Le libre choix du patient s'exerce à l'égard du CISSS Montérégie. À l'intérieur du CISSS, le patient peut recevoir des services n'importe où, selon les décisions du CISSS.

Il y a également lieu de craindre qu'un CISSS limite l'accès de ses centres de services selon des critères territoriaux à l'intérieur de son territoire. Ce serait le retour de la sectorisation, qui obligeait autrefois les usagers en santé mentale à consulter obligatoirement à l'hôpital le plus proche selon leur code postal, ce qui a causé des préjudices considérables à beaucoup d'entre eux, qui n'ont pu accéder à des soins de qualité parce qu'obligés de consulter à un seul hôpital. Il aura fallu des procédures judiciaires entreprises par des usagers pour faire cesser cette pratique. Le ministre est demeuré complètement silencieux sur cette question. La population n'est pas prête à accepter d'être forcée de se faire traiter à l'hôpital le plus proche du domicile

ou qu'une personne âgée ne puisse être admise en CHSLD qu'à celui le plus près de son adresse domiciliaire. C'est l'un des effets cachés de la réforme proposée.

La qualité des soins

Le P.L. 10 ne contient aucune véritable nouvelle mesure pour assurer la qualité des soins, si ce n'est le pouvoir d'intervenir du ministre s'il n'est pas satisfait de la qualité des soins dispensés par un établissement. Ce pouvoir existait déjà dans la loi. La tolérance du ministre de la Santé et des Services sociaux à ce jour est une grande source d'inquiétude à cet égard.

La sécurité des soins

Comme pour la qualité des soins, il n'y a absolument rien dans le P.L. 10 pour soutenir l'objectif affirmé à l'article 1, si ce n'est qu'un membre du conseil d'administration du CISSS doit avoir des compétences dans la gestion des risques. Il y aurait beaucoup de mesures à développer pour améliorer le cadre actuel de la sécurité des soins, mais aucun nouveau pouvoir en ce sens n'est attribué au CISSS. Le ministre ne s'en attribue pas non plus. Pourtant, il aurait été souhaitable que le projet de loi énonce le leadership du ministre à cet égard, et qu'il impose des orientations ministérielles et un plan d'action ciblé et obligatoire pour réduire les 500 000 incidents-accidents de soins qui surviennent chaque année au Québec (ce chiffre est encore en deça de la réalité, notamment pour les accidents les plus graves et ceux causés par les médecins). Il aurait été utile d'imposer aux CISSS des plans d'action pour réduire les accidents de soins. Le P.L. 10 est silencieux sur cette question. Quant au gouvernement, il a décidé de publier le dernier rapport des accidents-incidentes de soins une fois par année au lieu des publications semestrielles jusqu'à ce jour. C'est un message dans la mauvaise direction lorsqu'on soutient être préoccupé par la qualité et la sécurité des soins.

Les comités d'usagers

Le P.L. 10 n'aborde le statut des comités d'usagers qu'à l'égard de la composition du conseil d'administration du CISSS.

Le projet de loi prévoit que le ministre nommera un usager au conseil d'administration des CISSS, qu'il choisira parmi une liste de quatre noms proposés par le comité des usagers du CISSS.

Le nombre d'usagers au conseil d'administration est réduit de deux à un. De plus, c'est le comité des usagers qui désigne actuellement ces deux usagers. Sans que ces derniers n'agissent au conseil comme représentants du comité, ils pouvaient quand même véhiculer au conseil d'administration l'ensemble des préoccupations des usagers et s'assurer que l'établissement agisse dans l'intérêt de ces derniers.

Une réduction de moitié dans la représentation des usagers au conseil d'administration, associée à une nomination par le ministre qui échappe complètement aux comités des usagers, affaiblit clairement l'influence déjà très modeste des usagers au conseil d'administration des établissements. Le projet de loi ne permet certainement pas d'anticiper que les conseils d'administration seront davantage préoccupés par les droits des usagers. La seule véritable imputabilité des conseils d'administration sera envers le ministre. Le membre qu'il nommera à partir d'une liste fournie par le comité des usagers sera donc imputable au ministre, et non au comité des usagers.

L'impact du projet de loi est aussi considérable pour les comités d'usagers sous d'autres aspects. En plus de perdre une certaine influence au conseil d'administration, les comités d'usagers se retrouveront dans un cadre de fonctionnement impraticable si les dispositions qui les régissent demeurent telles quelles.

La loi actuelle prévoit qu'un comité des usagers se compose d'au moins cinq membres, plus un représentant de chaque comité des résidents. Un tel comité de résidents doit être établi dans chaque centre de services pour les usagers hébergés. Avec la mise sur pied des CISSS sur un très vaste territoire, avec des dizaines de centres de services offrant des services d'hébergement (CHSLD, centres de réadaptation, centres hospitaliers, etc.) les comités d'usagers seront composés dorénavant de 30, 40, 50 personnes éventuellement, répartis sur un très vaste territoire, avec un budget très limité. Il est difficile d'envisager comment les comités d'usagers pourront s'acquitter des nombreuses responsabilités en matière de défense des droits que la loi leur attribue actuellement (Art. 212 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*).

Même présentement, les comités d'usagers éprouvent généralement beaucoup de difficultés à remplir leurs fonctions, particulièrement en matière de défense des droits, faute de support et de moyens.

Il faudra repenser complètement les dispositions actuelles de la loi pour renforcer convenablement l'autonomie des comités d'usagers, revoir les règles de composition et de fonctionnement, et leur donner un véritable statut et des moyens suffisants pour assurer la représentation et la défense des droits des usagers. Ce sera la contrepartie indispensable pour faire contrepoids au ministre et assurer une imputabilité minimale du ministre envers la population. Il faudra leur donner des moyens d'action autonomes. On pourrait penser adjoindre au comité des usagers, une, deux ou trois places de représentants des organismes de défense des droits du territoire du CISSS. Les comités d'usagers doivent être les yeux, les oreilles et la voix de l'ensemble des usagers du système de santé, rôle auquel ne peut prétendre aucune autre organisation.

Effizienz et efficacité du réseau

Le dernier objectif du projet de loi vise à accroître l'efficacité et l'efficacité du réseau. Le Petit Robert définit l'efficacité par « qui produit l'effet qu'on en attend ». Quant à l'efficacité, le dictionnaire le définit comme « l'efficacité, capacité de rendement ».

C'est probablement pour atteindre cette fin que le ministre de la Santé et des Services sociaux propose de tout centraliser dans l'organisation et le fonctionnement du réseau de la santé. Il s'assure, avec le projet de loi, un contrôle absolu sur les structures du réseau de la santé et sur le fonctionnement de ses organisations.

Cependant, il est impossible d'accroître l'efficacité et l'efficacité du réseau si l'on ne s'attaque pas, au niveau de l'organisation et du fonctionnement, à l'une des principales causes de l'inefficacité et de l'inefficacité du réseau, soit l'organisation et le fonctionnement de la pratique médicale. Le P.L. 10 est tout à fait silencieux sur ce problème.

Le modèle actuel de pratique médicale est le même depuis la mise en place du réseau, il y a 44 ans. Il repose sur un concept, aujourd'hui totalement archaïque et non fonctionnel, du médecin libre entrepreneur dans un établissement de santé. Cet établissement, bien que très fortement encadré dans ses règles de fonctionnement (et plus encore avec le P.L. 10) possède encore, malgré tout, trop peu de contrôle sur l'activité médicale qui s'y déroule pour s'assurer qu'elle réponde adéquatement à la demande de soins.

Peu importe les structures du réseau, la pratique médicale est incapable d'assurer elle-même la première ligne de soins. Mieux sont rémunérés les médecins, plus l'enveloppe de services offerts devient limitée. De plus, les services qui se développent ne répondent pas ou peu aux besoins de la population. La réforme des structures du ministre de la Santé ne s'attaque absolument pas au problème de la première ligne de soins.

Il faudrait également revoir tous les mécanismes par lesquels la médecine s'autorégule et assure le contrôle de la qualité des soins. Le milieu médical éprouve beaucoup de difficulté à s'autoréguler pour améliorer la qualité des soins dans beaucoup de milieux. Lorsque ces mécanismes agissent, ils le font derrière des portes closes, sans contrôle extérieur de quiconque. Ces processus ne répondent plus aux attentes et aux exigences de la société québécoise de 2015.

Cette pratique médicale peu encadrée génère de l'inefficacité et de l'inefficience dans tout le réseau. Il est loin d'être certain que la population en a pour son argent.

La réforme de l'efficience et de l'efficacité, et par le fait même de l'accessibilité, de la qualité et de la sécurité des soins, passe par ce processus. Nous verrons les véritables couleurs du ministre quand il abordera ces questions.

Le recours au privé n'est pas abordé dans le projet de loi. Au-delà des arguments idéologiques pour en favoriser le développement, l'expérience du privé en santé a été jusqu'ici un échec. Le privé est incapable d'assurer des soins de qualité à un coût comparable au public. Il coûte plus cher à l'État, pour une qualité moindre, et il est incapable de s'occuper de cas complexes. Lorsque l'utilisateur doit assumer les coûts du privé pour accéder plus rapidement aux soins, cela compromet le principe de base de l'accès à notre système de santé, lequel repose sur l'urgence et la gravité du cas seulement. Le privé n'est en aucune manière une solution à l'accessibilité, la qualité, la sécurité des soins ou à l'efficacité et l'efficience du réseau.

L'extrême politisation du processus décisionnel dans le réseau de la santé aura un impact direct sur l'efficience et l'efficacité du système. Cette situation aura pour effet direct de faire du lobbying un moyen important d'intervenir dans la gestion du système. En centralisant toutes les décisions, le ministre ne pourra faire autrement que d'être l'objet de pressions continues et constantes de toutes les personnes et organisations qui ont des intérêts à défendre dans le système de santé, intérêts qui ne sont pas généralement concordants avec ceux des usagers.

À cet égard, le lobby des patients ne pourra pas faire contrepoids aux lobbies des compagnies pharmaceutiques, des syndicats des médecins et des autres syndicats du secteur de la santé, des associations professionnelles, des groupes qui font la promotion du privé et de tous les autres groupes d'intérêts impliqués dans le domaine de la santé.

Les patients ne disposent pas d'organisations fortes pour forcer l'évolution du système de santé dans le sens des intérêts de la population et des usagers.

Sur un plan plus large, d'autres aspects du P.L. 10 sont inquiétants, mais touchent davantage l'ensemble du processus. Par exemple, le changement complet des règles d'adoption et de publication des règlements nous semble injustifiable, particulièrement dans le domaine de la santé, qui est le secteur d'activités gouvernementales qui recourt le plus à la réglementation pour compléter le contenu de la loi. Nous nous limitons par les présentes à ce qui présente des impacts les plus directs sur les droits des usagers.

Il faudra attendre les autres pans de la réforme envisagée par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Le premier volet ne comporte rien de significatif pour améliorer les droits des usagers à l'égard de l'accessibilité, de la qualité, de la sécurité des soins, de l'efficacité et de l'efficience du réseau.