

REGROUPEMENT DES 3M
(La Matanie, La Matapédia, La Mitis)

MÉMOIRE

**Présenté à la Commission de la santé
et des services sociaux**

Concernant le
Projet de loi 10 : *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du
réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition
des agences régionales*

3 novembre 2014

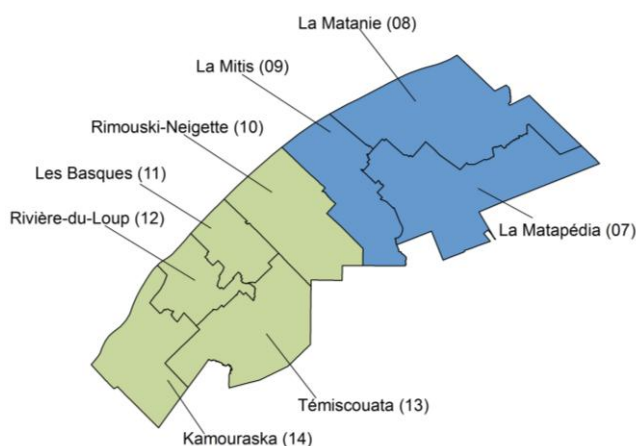
TABLE DES MATIÈRES

PRÉSENTATION DU REGROUPEMENT	2
Portrait sociodémographique et économique de la région	2
INTRODUCTION	4
OPTIMISATION ET EFFICIENCE	5
PRÉOCCUPATIONS.....	6
Centralisation des pouvoirs.....	6
Gouvernance de proximité.....	8
Proposition d'amendement	10
Proposition d'organigramme du conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent	13
Concertation locale	14
Fondations.....	15
CONCLUSION.....	16
ANNEXE I : ATTESTATION D'AGRÈMENT CANADA	17
ANNEXE II : LISTE DES FONDATIONS RELIÉES AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX.....	20

PRÉSENTATION DU REGROUPEMENT

Le regroupement des MRC des 3M (Matanie, Matapédia, Mitis) (ci-après désigné les « **3M** ») remercie la Commission de la santé et des services sociaux de lui permettre de soumettre ses commentaires et recommandations en regard du 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* (ci-après désigné le « **Projet de loi 10** »).

À la suite de l'annonce du Projet de loi 10 en septembre dernier, les trois MRC se sont senties interpellées et ont décidé d'unir leurs voix afin de faire valoir leur position concernant cette réorganisation. Membres de la même circonscription électorale à l'échelle provinciale, ces trois territoires, semblables sur plusieurs aspects, tant au point de vue économique que sociodémographique, ont l'habitude de travailler en étroite collaboration sur différents projets.



Plus précisément, les 3M regroupent les préfets des trois MRC, les maires des villes de Matane, Mont-Joli et Amqui de même que les présidents et vice-présidents des trois CSSS de ces territoires.

Portrait sociodémographique et économique de la région

Du point de vue sociodémographique, la population de ces trois MRC a diminué depuis 2001, tout comme la population totale du Bas-Saint-Laurent. En plus d'avoir des impacts sur le marché du travail, le vieillissement de la population affectera directement les besoins des services de santé et de services sociaux de la région. Selon les prévisions de l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ), le pourcentage de personnes âgées (65 ans et plus) dans la population devrait croître encore pendant plusieurs années. À titre d'exemple, l'ISQ prévoit qu'en 2031 le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus sera de 38,8 % dans La Matanie, de 36,6 % dans La Matapédia et de 32,1 % dans La Mitis, en comparaison à 26 % pour l'ensemble du Québec.

Du point de vue économique, si les secteurs tertiaire et secondaire se portent relativement bien, le secteur primaire est davantage affecté en raison des difficultés conjoncturelles rencontrées par les producteurs agricoles et les exploitants de la forêt. Plusieurs petites municipalités dont l'économie est reliée au secteur forestier connaissent un phénomène de dévitalisation. De plus, la consolidation de l'agriculture contribue à réduire le nombre de fermes sur le territoire entraînant un impact sur la vitalité des secteurs ruraux. De manière générale, la situation économique de ces trois territoires demeure fragile.

Vous trouverez ci-joint différentes données sociodémographiques et économiques afin de vous donner une meilleure compréhension de ces trois territoires.

	La Mitis	La Matapédia	La Matanie
Superficie en terre ferme (2013)	2 287 km ²	5 352 km ²	3 315 km ²
Densité de population (2013)	8,3 hab/km ²	3,4 hab/km ²	6,6 hab/km ²
Population totale (2013)	18 907 hab.	18 371 hab.	21 791 hab.
0-14 ans	14,3 %	13,9 %	12,1 %
15-24 ans	10,4 %	10,8 %	9,6 %
25-44 ans	21,3 %	20,4 %	20,7 %
45-64 ans	33,5 %	34,5 %	34,6 %
65 ans et plus	20,6 %	20,3 %	23,0 %
Population de la ville principale (2011)	6 665 (Mont-Joli)	6 322 (Amqui)	14 462 (Matane)
Solde migratoire interrégional (2012-2013)	-110 hab.	-120 hab.	-66 hab.
Âge médian (2011)	48 ans	48 ans	50 ans
Accroissement naturel (2011) (nombre de naissances comparé au nombre de décès)	-1	-26	-31
Perspectives démographiques (variation de la population 2011-2036)	- 4,3 %	- 10,1 %	- 7,1 %
Taux de travailleurs de 25-64 ans (2012)	68,8 %	67,3 %	68,6 %
Revenu d'emploi médian des travailleurs de 25-64 ans (2012)	32 982 \$	31 439 \$	34 682 \$
Taux de faible revenu des familles (2011)	7,9 %	7,6 %	6,4 %
Revenu disponible des ménages par habitant (2012)	21 700 \$	21 723 \$	23 106 \$
Familles monoparentales	14,4 %	14,5 %	14,9 %
Valeur foncière moyenne des maisons unifamiliales (2014)	124 547 \$	95 613 \$	127 317 \$
Niveau de scolarité de la population active (2011)			
Aucun diplôme	19,6 %	17,7 %	19,6 %
DES	20,7 %	18,5 %	20,7 %
DEP ou équivalent	28,0 %	32,9 %	28,0 %
DEC ou équivalent	17,2 %	17,7 %	17,2 %
Universitaire (inférieur au Bac)	3,4 %	2,6 %	3,4 %
Universitaire (Bac ou supérieur)	11,2 %	10,3 %	11,2 %
Part des grands secteurs d'activité économique (2011)			
Primaire	7,7 %	5,8 %	3,2 %
Secondaire	18,4 %	20 %	24 %
Tertiaire	73,8 %	74,2 %	72,9 %

INTRODUCTION

D'entrée de jeu, les membres des 3M ont majoritairement salué l'initiative du Ministre lorsqu'il évoque qu'il est temps de revoir l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux, car tous sont d'avis que le statu quo n'est plus une option. Agir n'est donc pas un choix, mais une obligation. Les objectifs du Projet de loi 10 sont tout à fait nobles :

« ...de favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficience et l'efficacité de ce réseau. »

Toutefois, bien que l'intention du Ministre soit louable force est de constater que plusieurs interrogations subsistent à la lecture des modifications que propose le Projet de loi 10 et il est justifié de se demander si la fin justifie les moyens.

À la lecture du Projet de loi 10, voici quelques-unes de nos préoccupations :

- Comment les besoins locaux vont-ils émerger?
- De quelle manière les gestionnaires du réseau vont-ils ajuster l'offre de services aux différentes clientèles sans être connectés sur les milieux de vie?
- Comment va-t-on s'assurer que nos populations auront accès aux soins dans des délais raisonnables?
- Comment vont-ils assurer des services aux meilleurs endroits possibles dans les meilleurs délais?
- Quelle est la garantie que les spécialités des établissements seront conservées?
- Pouvons-nous vraiment nous priver du leadership local que représentent les conseils d'administration sachant que les membres d'un conseil d'administration effectuent entre 700 à 800 heures de bénévolat par année, en plus des rencontres de représentation?
- N'y a-t-il pas danger de démobiliser nos partenaires bénévoles dans chacune de nos MRC ?

Nous nous attarderons, dans les pages qui suivent, à présenter quelques mesures pour lesquelles nous souhaitons des modifications afin de tenir compte du contexte particulier de notre région et principalement dans le but d'assurer des services de proximité répondant aux besoins de notre population.

Dans ce mémoire, nous traiterons donc principalement des modifications législatives en lien avec les sujets suivants :

- Centralisation du pouvoir
- Gouvernance de proximité
- Concertation locale
- Avenir des Fondations

Nous espérons donc que ces observations et commentaires vous permettront d'alimenter vos réflexions en vue de l'adoption, avec certaines modifications, du Projet de loi 10. Nous souhaitons que ce changement législatif puisse atteindre ses objectifs, sans toutefois nuire à la prestation et à la proximité des services et tout cela, dans l'intérêt de la population.

OPTIMISATION ET EFFICIENCE

Tel que mentionné plus haut, nous appuyons le Ministre à plusieurs points de vue dans son projet de modification de l'organisation du réseau et tout particulièrement en ce qui concerne les articles de loi permettant d'assurer des partenariats et même de les renforcer (exemple : optimisation des services de gestion, paie, achats regroupés, regroupement de certains services administratifs qui n'ont pas, ou peu, d'impact sur les services aux citoyens).

En effet, dans un désir d'optimisation et d'efficacité, plusieurs de ces stratégies de centralisation sont déjà en place dans nos établissements et fonctionnent très bien. À titre d'exemple, les CSSS de Matane et de La Matapédia se partagent déjà les services du gestionnaire responsable de la qualité, gestion intégrée des risques et de l'éthique alors que le CSSS de La Mitis et celui de Matane se partagent les services du directeur des services financiers, techniques et informationnels. De plus, le service de paie est maintenant traité régionalement. À la lecture de ces exemples, vous êtes à même de constater que plusieurs bons coups ont déjà été réalisés dans nos établissements respectifs et les résultats obtenus lors des visites d'évaluations d'*Agrément Canada* n'ont fait que confirmer la performance de chacun de nos établissements (annexe I). Pourquoi donc vouloir changer une formule gagnante et imposer un seul modèle à l'ensemble du territoire sans tenir compte des réalités régionales de chacun?

Nous tenons également à souligner certains éléments du projet de loi qui nous apparaissent très positifs dont, entre autres, les articles 36, 37, 38 et 39 en lien avec les corridors de services. Tout comme le Ministre, notre préoccupation est d'assurer aux usagers d'une région un accès aux services dans un délai approprié, à condition bien sûr que cette situation ne soit pas unidirectionnelle et qu'elle permette le déplacement des spécialistes, et non juste le déplacement des usagers à travers l'établissement régional, qui dans notre cas, s'étend souvent sur plusieurs centaines de kilomètres.

PRÉOCCUPATIONS

Centralisation des pouvoirs

Selon nous, le modèle d'un établissement par région est envisageable, mais devrait s'accompagner de plus de souplesse. Pour mettre en place des principes de saine gestion et générer des économies, les installations locales doivent disposer de la latitude et de l'autonomie requise pour gérer de façon rigoureuse et efficace. À notre avis, le réseau de la santé et des services sociaux aurait avantage à suivre les principes de subsidiarité. Selon cette maxime politique et sociale « ...la responsabilité d'une action publique, lorsqu'elle est nécessaire, doit être allouée à la plus petite entité capable de résoudre le problème d'elle-même. C'est donc le souci de veiller à ne pas faire à un niveau plus élevé ce qui peut l'être avec plus d'efficacité à une échelle plus faible, c'est-à-dire la recherche du niveau pertinent d'action publique. »¹ Malheureusement, à la lecture du projet de loi, rien ne nous laisse croire qu'il en sera ainsi.

Tel que présenté à l'article 34 du projet de loi 10, toute référence à un réseau local disparaîtra et sera remplacée par un réseau régional à compter du 1^{er} avril 2015. C'est donc dire que la prise de décision s'éloigne de l'utilisateur et de la réalité du terrain.

« 34. Un établissement régional assume les responsabilités d'une instance locale prévues aux articles 99.5 à 99.8 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Pour l'application de cette loi, une référence à un réseau local de services de santé et de services sociaux ou à son territoire est une référence à un réseau régional de services de santé et de services sociaux ou à son territoire et une référence à une instance locale est une référence à un établissement régional. »

Dans le cas qui nous concerne, le nouvel organisme issu de cette réorganisation (CISSS Bas-Saint-Laurent) desservira une région qui s'étend sur plus de 300 km d'un bout à l'autre du territoire dont la superficie est de plus de 22 000 km², soit l'équivalent de 45 fois la superficie de l'île de Montréal. De plus, contrairement à d'autres grandes régions québécoises, le Bas-Saint-Laurent est un territoire occupé qui se démarque par la présence de nombreux pôles urbains, répartis à travers son vaste territoire, et distants de plusieurs centaines de kilomètres.

Ce nouvel établissement régional remplacera donc les 10 entités actuelles du territoire, qui regroupent 61 établissements physiques, plus de 6 400 employés et 160 dirigeants. Dans l'état actuel des choses, il est impensable d'imaginer qu'une seule mégastucture régionale puisse gérer autant de ressources sur un si grand territoire.

¹ Wikipédia [en ligne], dernière mise à jour en le 18 juin 2014
http://fr.wikipedia.org/wiki/Principe_de_subsidiarite%C3%A9, consulté le 28 octobre 2014.

	Nombre d'établissements (incluant les points de services)	Nombre d'employés	Nombre de dirigeants CA
CSSS de Matane	5	549	17
CSSS de La Mitis	4	621	18
CSSS de La Matapédia	6	414	17
CSSS de Rimouski-Neigette	3	1 823	17
CSSS des Basques	3	197	13
CSSS de Rivière-du-loup	7	1160	15
CSSS de Kamouraska	6	490	16
CSSS de Témiscouata	9	451	14
Centre jeunesse du BSL	8	349	17
CRDITED du BSL	10	352	16
ASSS du Bas-Saint-Laurent	1	102	14
Total	62	6 508	174

À notre avis, le projet de loi 10 transcende une centralisation majeure en se dissociant d'une gouvernance de proximité et nous ne pouvons vous cacher que cette situation nous inquiète grandement. Il ne fait aucun doute que la création d'un établissement unique par région éloignera le pouvoir décisionnel des communautés locales en abolissant le niveau local de gestion. Pourtant, les CSSS sont considérés comme étant les mieux placés pour connaître le contexte propre à leur territoire et les besoins de leur population en étant au cœur de l'organisation des soins de santé et des services sociaux sur le terrain. Depuis plusieurs années, le réseau bénéficie de la présence citoyenne dans ses instances et l'approche s'est avérée gagnante. À notre avis, les soins de santé sont du domaine local et régional, car chaque région a des besoins différents, des particularités propres à leur population. Pourquoi alors vouloir appliquer un traitement mur à mur sans aucune modulation?

Nous sommes également inquiets de la répartition future des enveloppes pour chaque établissement. Si les enveloppes vont avec le volume de soin et que le Ministre décide seul des priorités à ce niveau, il pourra alors décider du sort de nos établissements. L'enjeu lié à l'approvisionnement des établissements n'est pas épargné par cette centralisation, comme en fait mention l'article 80 :

« 80. En plus des fonctions qu'il assume en vertu de l'article 383 de cette loi, le ministre peut, dans la mesure où il estime que les besoins d'optimisation des ressources le justifient et après avoir consulté l'établissement public ou privé conventionné concerné, obliger un tel établissement à utiliser les services d'un groupe d'approvisionnement en commun ou à participer à un processus d'appel d'offres mené par un tel groupe. Un tel établissement peut se soustraire à cette obligation en démontrant, à la satisfaction du ministre, que les objectifs visés par la décision de celui-ci ne seront pas atteints. »

Bien que le système d'achat regroupé propose de nombreux avantages, il est important que cette décision ne soit prise au détriment de l'achat local. Dans les petites localités comme les

nôtres, l'impact de la présence de l'organisation sur le tissu économique est très important, voire vital.

Malheureusement, dans cette réforme, tout va du haut vers le bas, comme le démontre une fois de plus les articles 42,43 et 161 :

« 42. ...dans les dispositions de tout texte, une référence à une agence de la santé et des services sociaux est une référence à un établissement régional, sauf lorsque la disposition porte sur des fonctions, des pouvoirs ou des responsabilités qu'une agence exerce à l'égard des établissements, auquel cas il s'agit d'une référence au ministre. »

« 43. ... les demandes, documents, renseignements, avis, informations, précisions ou propositions indiqués comme devant être transmis à une agence de la santé et des services sociaux doivent être transmis au ministre. Toute indication d'une obligation de consulter une agence ne s'applique pas. Par ailleurs, lorsqu'il est prévu dans un texte qu'un pouvoir peut être exercé par le ministre et par une agence ou qu'une demande peut être faite par l'un et par l'autre, seul le ministre peut agir. »

« 161. Le gouvernement peut, par règlement, prendre toute mesure nécessaire ou utile à l'application de la présente loi ou à la réalisation efficace de son objet. »

Nous croyons fortement que les établissements locaux doivent bénéficier d'un large degré d'autonomie leur permettant de prendre leurs propres décisions, le tout dans le respect des orientations édictées à l'échelle nationale et selon les ressources qui leur sont confiées. La participation citoyenne à la prise de décision est essentielle pour identifier les besoins des populations locales, améliorer la performance du système, bref, réaliser l'ensemble des objectifs visés par le Projet de loi 10.

Considérant le contexte, la question est légitime : dans ce modèle d'une organisation des services très centralisés, comment les besoins de la population seront-ils pris en compte?

Le problème des systèmes centralisés est que cela évacue le leadership local. Nous sommes d'avis que le Ministre doit conserver les pouvoirs de décisions dans les établissements locaux, car les meilleures personnes pour gérer sont sur le terrain.

Gouvernance de proximité

Cette réorganisation va complètement à l'encontre de la gouvernance de proximité, ce modèle qui garantit que les besoins locaux sont exprimés et rencontrés et qui permet aux communautés de tirer un meilleur profit des opportunités de développement qui se présentent localement. Le principe est simple : attribuer la bonne responsabilité au bon palier de gouvernement. En matière de santé et de services sociaux, nous croyons fortement que certains services trouveraient avantage à être « gouvernés » au plus près des citoyens, comme à l'échelle de la MRC.

Le modèle de gouvernance centralisé proposé est totalement en porte-à-faux par rapport à ce qui se fait ailleurs au Québec, entre autres dans le secteur forestier, dans le monde municipal, en matière de sécurité publique, et ailleurs dans le monde, en Suède par exemple.

Dans le domaine municipal, les principes de la gouvernance de proximité, prônés par la FQM et l'UMQ, existent depuis nombre d'années et ont fait leur preuve dans la gouvernance actuelle. Même M. Philippe Couillard, premier ministre du Québec, a déclaré sa ferme intention de promouvoir une gouvernance de proximité devant près de 2000 élus municipaux à l'occasion du 73^e Congrès de la FQM en septembre dernier:

« Je veux moderniser les façons de faire du gouvernement pour qu'elles répondent mieux aux besoins de la population. »

« Nos régions n'ont plus besoin de mur-à-mur, elles ont besoin de liberté pour innover, créer et s'exprimer. »²

Toujours en lien avec ce système de gouvernance centralisé, nous souhaitons formuler le commentaire suivant en lien avec l'article 59 qui se lit comme suit :

« 59. Les fonctions d'une agence prévues à l'article 340 de cette loi sont exercées par l'établissement régional ou le ministre selon ce qui suit :

1° l'établissement régional doit s'assurer de la participation de la population à la gestion du réseau de la santé et des services sociaux et s'assurer du respect des droits des usagers;

16° l'établissement régional doit prévoir des modalités et développer des mécanismes pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et pour connaître sa satisfaction au regard des résultats obtenus; il doit rendre compte de l'application du présent paragraphe dans une section particulière de son rapport annuel de gestion;

17° l'établissement régional doit développer des mécanismes de protection des usagers et de promotion et de défense de leurs droits. »

À notre avis, cet article mérite une précision sur la manière dont la population participera à la gestion du réseau. Les mécanismes de rétroaction ne semblent pas prévus dans le Projet de loi 10, ou du moins, ne sont pas présents en nombre suffisant et sont sans légitimité réelle comme le propose l'article 26:

« 26. Le conseil d'administration d'un établissement régional ou suprarégional doit tenir, au moins une fois par année, une séance publique d'information à laquelle est invitée à participer la population. Cette séance peut être tenue en même temps que l'une des séances prévues à l'article 176 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. »

² Notes pour une allocution du premier ministre du Québec, M. Philippe Couillard, à l'occasion du 73^e Congrès de la Fédération québécoise des municipalités

Bien que l'article 131 offre la possibilité de former un comité consultatif par installation qui peut faire des recommandations à l'établissement, nous sommes d'avis, une fois de plus, que ce moyen n'est pas adapté au réseau de la santé.

Dans un même ordre d'idées, l'article 46 mentionne que l'ensemble des plaintes des usagers seront examinées par un établissement régional. En supprimant les commissaires locaux aux plaintes pour ne conserver qu'une instance régionale, ne risque-t-on pas de créer une « supermachine » de bureaucratie difficile à rejoindre, un peu à l'image des 12 travaux d'Astérix !

Nous avons la certitude qu'il faut conserver de réelles interfaces, de réelles communications entre la population et le CA des CISSS car la proposition actuelle évacue totalement le leadership local. Notre réseau ne peut se priver d'oreilles et de porte-voix des populations locales. Il est essentiel d'avoir une véritable représentation des besoins de la population et de l'identité locale au sein des conseils d'administration.

En évacuant les conseils d'administration des établissements, on évacue des leaders du milieu ayant une bonne connaissance des structures et des besoins locaux. En tenant compte de la nouvelle structure proposée dans le Projet de loi 10, le nombre de dirigeants pour le Bas-Saint-Laurent passera de 161 à 12. Considérant cette diminution, de quelle manière les besoins locaux vont-ils émerger ? Faire disparaître les « antennes territoriales bénévoles » peut faire en sorte de briser le lien avec la fine connaissance des besoins de chaque milieu et engendrer la démobilitation de la population. En plus des usagers, les organismes communautaires n'auront plus de point de contact au CA ce qui risque d'entraîner une démobilitation de ces organismes qui jouent un rôle essentiel dans l'amélioration de la qualité de vie de notre population. Dorénavant, à qui vont se référer ces forces vives du milieu?

Les milieux ont participé douloureusement à chacune des réformes, année après année, parce qu'il y avait un minimum d'acceptation sociale qui réduisait les zones d'incertitude. Malheureusement dans ce projet de loi, la compétence de la connaissance du milieu a totalement été évacuée !

Proposition d'amendement

Dans la composition du conseil d'administration prévue à l'article 8, nous demandons que chaque CSSS actuel, donc chaque territoire de MRC, puisse avoir un siège sur le conseil d'administration du CISSS afin de s'assurer de la légitimité de la représentativité de la population en plus d'assurer une représentativité géographique. Nous demandons aussi que ces représentants soient nommés par un comité formé d'élus de leur territoire et non par le Ministre. Cette présence au CA du CISSS donnerait alors un droit de parole aux populations locales et respecterait un principe de base d'une bonne gouvernance pour conserver une connexion avec les besoins du milieu.

Amendement suggéré – Article 8

8. Les affaires d'un établissement régional sont administrées par un conseil d'administration dont les membres sont nommés par le ministre, **à l'exception des membres représentant chaque territoire de MRC**, lesquels se répartissent comme suit :

1° le président-directeur général de l'établissement;

2° une personne membre du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement, autre qu'un médecin omnipraticien, choisie à partir d'une liste de noms fournie par ce conseil;

3° une personne membre du conseil des infirmières et infirmiers de l'établissement, choisie à partir d'une liste de noms fournie par ce conseil;

4° une personne membre du conseil multidisciplinaire de l'établissement, choisie à partir d'une liste de noms fournie par ce conseil;

5° un médecin du territoire exerçant sa profession hors d'une installation maintenue par un établissement, choisi à partir d'une liste de noms fournie par le département régional de médecine générale;

6° une personne membre du comité des usagers de l'établissement, choisie à partir d'une liste de noms fournie par ce comité;

7° lorsque l'établissement exploite un centre hospitalier désigné centre hospitalier universitaire, une personne nommée à partir d'une liste de noms fournie par les universités auxquelles est affilié l'établissement;

8° sept ou, lorsque l'établissement exploite un centre hospitalier désigné centre hospitalier universitaire, huit personnes indépendantes nommées conformément aux dispositions des articles 11 et 12.

9° un représentant par territoire de MRC inclus dans l'établissement régional qui serait nommé par les élus de son territoire.

Nous demandons également de rendre obligatoire la création de comités consultatifs au sein des établissements locaux :

Amendement suggéré – Article 131

« 131. Le ministre **rend obligatoire** la création d'un comité consultatif, constitué d'employés ou de professionnels qui occupent leur fonction ou exercent leur profession dans une installation d'un établissement régional ou suprarégional ou de toute autre personne du milieu, qui sera chargé de faire des recommandations au dirigeant du conseil d'administration de l'établissement régional représentant son territoire sur les moyens à mettre en place pour préserver le caractère culturel, historique ou local des établissements fusionnés en vertu de la présente loi et d'établir, le cas échéant, les liens nécessaires avec les fondations de l'établissement ainsi qu'avec les responsables d'activités de recherche du milieu.

Ce comité est composé des douze personnes suivantes :

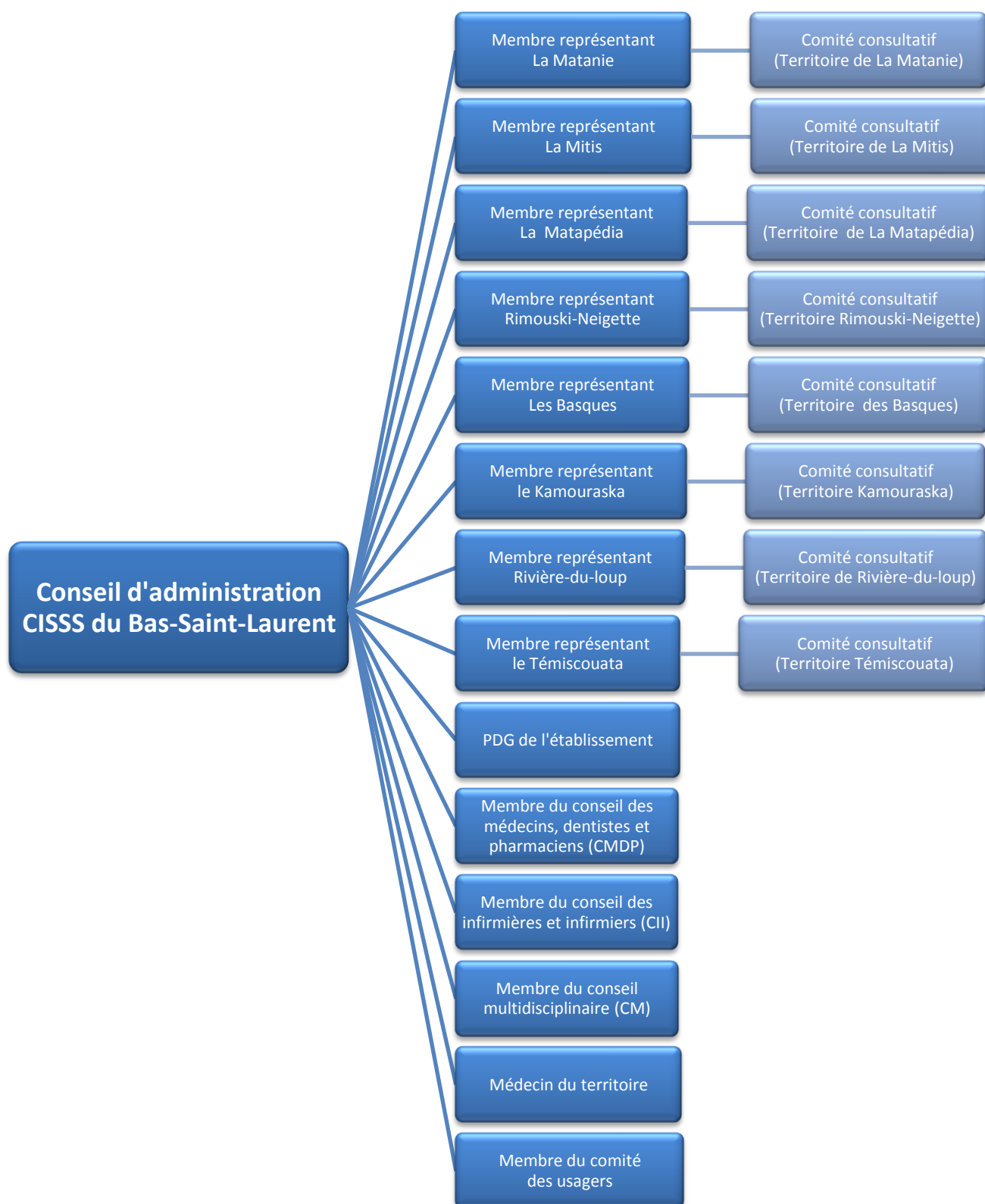
- 1° le représentant du territoire siégeant au conseil d'administration du CISSS;
- 2° une personne désignée par et parmi les membres du ou des comités des usagers de l'établissement;
- 3° une personne désignée par et parmi les membres du conseil d'administration de la fondation d'un établissement, le cas échéant;
- 4° une personne désignée par et parmi le personnel non clinique de l'établissement;
- 5° une personne désignée par et parmi les membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement, le cas échéant;
- 6° une personne désignée par et parmi les membres du conseil des infirmières et infirmiers de l'établissement, le cas échéant;
- 7° une personne désignée par et parmi les membres du conseil multidisciplinaire de l'établissement;
- 8° une personne désignée parmi les organismes communautaires donnant des services à la population de la région;
- 9° quatre personnes indépendantes, nommées par le conseil de la MRC du territoire, en tenant compte des profils de compétence et d'expérience. »

Finalement, afin d'assurer la plus grande objectivité et la plus grande indépendance possible au conseil d'administration et éviter toute apparence de conflit d'intérêts, nous souhaitons que le président du CA du CISSS soit nommé par ses pairs, et non par le Ministre, tel que stipulé à l'article 19, et que ce dernier soit nommé parmi les membres représentants les territoires de MRC.

Amendement suggéré – Article 19

19. Tous les deux ans, **les membres d'un conseil d'administration élisent, parmi les membres représentants les territoires de MRC, le président du conseil d'administration.**

Proposition d'organigramme du conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent



Concertation locale

Nous croyons sincèrement que le Projet de loi 10 tel que présenté risque de faire disparaître la concertation locale compte tenu que l'ensemble des décisions seront prises au niveau régional, sans réelle consultation locale.

Au fil des ans, nous avons développé, chacun dans nos milieux, nos propres réseaux de concertation intersectorielle locale et régionale avec nos partenaires politiques, municipaux, scolaires, etc. et plusieurs bons coups ont découlé de ces rencontres. Dans l'organisation actuelle du réseau de la santé et des services sociaux, nous avons le pouvoir d'établir des priorités qui répondent aux besoins spécifiques du milieu et sommes d'avis que cette façon de faire doit demeurer. Nous croyons sincèrement que l'évolution interne des services de santé et de services sociaux est davantage le fait d'initiatives locales et régionales que du MSSS.

À titre d'exemple, au Bas-Saint-Laurent, des partenaires multisectoriels, réunis sous l'acronyme COSMOSS (Communauté Ouverte et Solidaire pour un Monde Outillé, Scolarisé et en Santé), unissent leurs forces pour améliorer la santé et le bien-être des jeunes en agissant principalement sur quatre grands enjeux interreliés (entrée scolaire réussie, saines habitudes de vie, persévérance scolaire et intégration sociale et professionnelle durable). Cette démarche, créée en 2004, se vit dans les huit MRC du Bas-Saint-Laurent et s'adapte aux réalités locales de chacune. Dans chaque territoire de MRC, un comité local de coordination (CLC) s'assure de l'harmonisation des efforts déployés pour chacun des enjeux visés. Ce comité est composé d'un membre de la direction des entités suivantes : CPE, CJE, commission scolaire, CSSS, Emploi-Québec, MRC, ville, maison des jeunes, etc. Cette initiative unique au Québec fait actuellement l'objet d'une étude provinciale afin d'exporter le concept à l'ensemble de la province, car elle représente un modèle de réussite en matière de concertation intersectorielle !

De plus, afin de répondre à un réel besoin de la communauté agricole matapédienne, un regroupement de partenaires du milieu (CLD, CSSS, UPA, MAPAQ, MRC, SADC, etc.) a permis la mise sur pied d'un nouveau service dans La Matapédia, et unique au Bas-Saint-Laurent, soit l'embauche d'une travailleuse de rang qui intervient directement auprès des agriculteurs locaux afin de les accompagner et les soutenir psychologiquement.

Finalement, grâce à une entente de partenariat qui devrait faire modèle au Québec, la MRC de La Matanie partage une ressource en communication avec le CSSS de Matane. Ce partage novateur démontre bien le désir des deux organisations publiques de collaborer en vue de répondre à un besoin commun et a été rendu possible grâce à la concertation locale.

Fondations

La population a également exprimé ses craintes quant à l'impact de cette restructuration sur les activités des fondations (annexe II). À l'heure actuelle, les fondations sont dédiées à un établissement situé dans leur communauté et les donateurs ont développé un sentiment d'appartenance à ce lieu qui leur assure un service de première ligne. Ces fondations amassent année après année des sommes considérables servant les intérêts de leur communauté. Dans l'éventualité où les installations d'un même établissement régional devront utiliser un parc d'équipement unique, les équipements achetés par une fondation ne seront pas nécessairement utilisés dans le point de service de sa localité, mais pourront se retrouver 300 km plus loin ! Selon nous, peu de donateurs seront intéressés à souscrire des fonds sans l'assurance de retombées dans le point de service de sa localité et cette situation aura pour effet de démobiliser les milieux. Nous sommes convaincus que sans réelle représentativité locale, la collecte de fonds dans les milieux risque de disparaître, car elle nécessite un sentiment d'appartenance et une proximité certaine avec les donateurs.

Amendement suggéré – Article 133

*133. Afin d'assurer une saine gestion du réseau de la santé et des services sociaux, le ministre peut exiger que des établissements publics fassent usage commun de certains biens ou services **à l'exception des équipements acquis grâce aux fondations.***

Cette modification permettra alors aux installations locales de conserver les équipements acquis grâce aux fondations dans leur milieu respectif.

CONCLUSION

Les 3M réitèrent qu'ils saluent l'initiative du Ministre de vouloir réorganiser le réseau afin de favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficience et l'efficacité de ce réseau. Toutefois, cette recherche d'une meilleure efficience ne peut se faire sans tenir compte des particularités et des réalités propres aux CSSS actuels, tant en milieu rural que dans les grands centres, et surtout sans tenir compte de la population qui est au cœur de toutes nos décisions et actions.

En définitive, nous sommes d'avis que le Projet de loi 10 comporte plusieurs éléments qui devront être éclaircis ou modifiés afin d'atteindre les objectifs que le Ministre s'est fixés.

Tel que présenté dans ce mémoire, nous avons la conviction qu'il est essentiel d'apporter des amendements au présent Projet de loi en vue de se rapprocher, dans la mesure du possible, des principes de base d'un système de gouvernance de proximité. Pour ce faire, nous suggérons de mettre en place un véritable système de représentation de la population au sein du conseil d'administration des CISSS en invitant un représentant de chaque territoire de MRC, qui devra être nommé par les élus de son territoire, à y siéger. De plus, afin de tenir compte de la représentation des besoins de la population et de l'identité locale au sein des conseils d'administration, nous suggérons de rendre obligatoire la mise en place d'un comité consultatif au sein de chaque territoire. Finalement, nous souhaitons conserver l'indépendance des fondations afin que les fonds amassés dans le milieu puissent être investis dans ce même milieu.

Nous espérons donc que ces quelques commentaires, observations et recommandations vous sensibiliseront aux réalités de nos établissements actuels et que vous saurez, au fil de l'étude du Projet de loi 10, prendre les décisions qui s'imposent afin d'assurer le développement harmonieux et la pérennité des soins de santé et de services sociaux au Québec.

ANNEXE I : ATTESTATION D'AGRÈMENT CANADA



ACCREDITATION CANADA
AGRÈMENT CANADA
Driving Quality Health Services
Améliorer la qualité des services de santé



Le 4 mars 2014

Monsieur Alain Paquet
Directeur général
Centre de santé et de services sociaux de La Matapédia
135, avenue Gaétan-Archambault
Amqui, Québec
G5J 2K5

Monsieur,

Le Comité d'approbation du type d'agrément a revu les preuves soumises par le Centre de santé et de services sociaux de La Matapédia en guise de suivi à la récente décision relative à l'agrément de votre organisme.

À la suite de cet examen, nous sommes heureux de vous informer que votre statut d'agrément a été changé à celui d'organisme « agréé avec mention ». Votre plan d'amélioration de la qualité du rendement a été mis à jour de manière à démontrer votre conformité aux exigences qui ont fait l'objet d'une évaluation.

Félicitations! Cette réalisation démontre l'engagement et la détermination dont votre organisme a fait preuve à l'égard de l'amélioration continue de la qualité. Nous félicitons votre direction, votre personnel ainsi que les membres de votre équipe d'agrément pour les efforts déployés et leur engagement à l'égard de la prestation de services de santé sécuritaires et de qualité.

Nous attirons toutefois votre attention sur le fait que votre organisme doit également fournir les preuves décrivant sa conformité aux critères suivants :

Pratique organisationnelle requise
Le test de conformité principal
Soins et services à domicile (4.6.1)

Suivi pour les critères à priorité élevée et les autres critères

Gestion des médicaments et prévention des infections
Normes de gestion des médicaments (1.9, 10.10, 19.3)
Prévention des infections (11.1, 12.17)

Les normes sur l'excellence des services
Laboratoires et banques de sang (2.3, 21.3, 21.4, 23.1)
Services d'imagerie diagnostique (5.1, 5.2, 5.4, 15.1, 15.2)
Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients (7.9)
Services des urgences (15.1)

Si vous souhaitez conserver votre statut actuel, il est important de noter que les preuves décrivant votre conformité doivent être transmises au moyen du plan d'amélioration de la qualité du rendement d'ici le 20 février 2015.



ACCREDITATION CANADA
AGRÈMENT CANADA
Driving Quality Health Services
Améliorer la qualité des services de santé



CONSEIL QUÉBÉCOIS
D'AGRÈMENT
SCHEMME D'APPROBATION
PAR LE CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LA QUALITÉ
DES SERVICES EN SANTÉ

Le 7 avril 2014

Madame Manon Dufresne
Directrice générale
Centre de santé et de services sociaux de La Mitis
800, avenue du Sanatorium
Mont-Joli, Québec
G5H 3L6

Madame,

Le Comité d'approbation du type d'agrément a revu les preuves soumises par le Centre de santé et de services sociaux de La Mitis en guise de suivi à la récente décision relative à l'agrément de votre organisme.

À la suite de cet examen, nous sommes heureux de vous informer que vous avez respecté les exigences en matière de suivi. Votre plan d'amélioration de la qualité du rendement a été mis à jour de manière à démontrer votre conformité aux exigences qui ont fait l'objet d'une évaluation.

Nous vous félicitons de cette réalisation qui démontre l'engagement et la détermination dont votre organisme a fait preuve à l'égard de l'amélioration continue de la qualité. Nous félicitons aussi votre direction, votre personnel ainsi que les membres de votre équipe d'agrément pour les efforts déployés et leur engagement à l'égard de la prestation de services de santé sécuritaires et de qualité.

Si vous avez des questions ou souhaitez discuter de l'horaire de votre prochaine visite d'agrément, n'hésitez pas à communiquer avec Johanne Francoeur, spécialiste en agrément au 1-800-814-7789, poste 431.

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Bernadette MacDonald
Vice-présidente, Innovation et développement

c.c.: Madame Judith Raymond, conseillère à la qualité-performance et communications
Madame Marie-Anne Bracco, directrice de l'agrément, Conseil québécois d'agrément



ACCREDITATION CANADA
AGRÈMENT CANADA
Driving Quality Health Services
Améliorer la qualité des services de santé



Le 10 octobre 2014

Madame Nicole Morin
Directrice générale
Centre de santé et de services sociaux de Matane
333, rue Thibault
Matane, Québec
G4W 2W5

Madame,

Le Comité d'approbation du type d'agrément est heureux de vous informer que le Centre de santé et de services sociaux de Matane a reçu le statut « agréé » dans le cadre du Programme d'agrément conjoint. Le rapport d'agrément se trouve sur le portail des organismes. Il s'agit vraiment d'un événement marquant qui mérite d'être célébré et nous vous félicitons, ainsi que votre équipe, de votre engagement à offrir des soins de santé sécuritaires et de grande qualité.

Il y a, cependant, des mesures de suivi que vous devrez prendre dans des délais précis pour conserver votre statut d'organisme agréé.

Vous devez fournir, d'ici le 19 février 2015, les preuves indiquant que votre organisme s'est conformé à ce qui suit :

Les exigences des principaux tests de conformité suivants qui se rattachent aux pratiques organisationnelles requises (POR) :

- Les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer (5.8.1)
- Services d'obstétrique (4.5.1)
- Services de chirurgie (4.4.1)
- Services de médecine (4.4.1)
- Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients (17.7.2)
- Services de soins de longue durée (4.5.1)
- Services de soins intensifs (4.4.1)
- Services des urgences (4.5.1)
- Soins ambulatoires (4.5.1)

Vous devez fournir, d'ici le 19 février 2016, les preuves indiquant que votre organisme s'est conformé à ce qui suit :

L'exigence du test de conformité secondaire suivant qui se rattache à la pratique organisationnelle requise (POR) :

Normes sur le leadership (15.8.6)

Les critères suivants exigent un suivi :

Gouvernance et leadership
Normes sur le leadership (12.2, 16.1)

Gestion des médicaments et prévention des infections
Gestion des médicaments (8.2, 9.6, 13.2, 25.2)

1150, chemin Cyrille, Ottawa, ON K1J 7S8 Canada • Tél. : 1-800-814-7789 • 613-738 3800 • Téléc. : 1-800-811-7088 • 613-738-7756

ANNEXE II : LISTE DES FONDATIONS RELIÉES AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

- Fondation de l'Hôpital de Matane
- Fondation du CSSS de La Mitis
- Fondation Action-Santé (Matapédia)
- Fondation du Centre hospitalier régional de Rimouski
- Fondation du réseau de santé et de services sociaux des Basques
- Fondation de la santé de Rivière-du-Loup
- Fondation de l'Hôpital de Notre-Dame-de-Fatima
- Fondation du CSSS du Témiscouata
- Fondation du Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent
- Fondation pour les personnes déficientes intellectuelles du Bas-Saint-Laurent