

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

**On ne peut faire la même erreur deux
fois, parce que la deuxième fois,
ce n'est plus une erreur,
c'est un choix!**

Présenté devant la Commission de la santé et des services sociaux

le 12 novembre 2014.

Coalition solidarité santé

1601 De Lorimier, boîte postale 45
Montréal, Qc, H2K 4M5

www.facebook.com/CoalitionSolidariteSante

<https://twitter.com/cssante>

www.cssante.com

Tél : 514-442-0577



SOMMAIRE

Il y a moins d'un an, le 12 mars dernier, la Coalition solidarité santé tenait à Montréal, et en webdiffusion, une assemblée publique intitulée : « Les 10 ans des CSSS: quel bilan? ».

MM. David Levine, ex PDG de l'Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal, André-Pierre Contandriopoulos, professeur et chercheur à l'Université de Montréal, René Lachapelle, ex-organisateur communautaire du réseau et chercheur associé à l'UQO et Madame Johanne Archambault, ex-responsable de l'Observatoire québécois sur les réseaux locaux de services, nous ont fait part de leur évaluation respective des fusions d'établissements, et des résultats obtenus au regard des attentes.

Pour toutes les personnes présentes à l'assemblée, les fusions de 2004 n'ont pas rempli les promesses faites. Au contraire, elles ont plutôt causé les problèmes suivants :

- a) Augmentation du pouvoir des médecins au détriment de la première ligne
- b) Perte de proximité des services
- c) Peu (ou pas) d'intégration ni de continuité des services, approche populationnelle trop complexe
- d) Coupures et réductions de services
- e) Détérioration des services sociaux
- f) Des structures trop grosses et ingérables
- g) Recul de la démocratie
- h) Impact négatif sur le personnel et les relations de travail
- i) Une gestion inappropriée: la Nouvelle gestion publique
- j) Augmentation de la privatisation.

Le pire résultat qu'on a vu se développer avec les fusions, c'est la privatisation des soins et services. On a utilisé les ressources du public au service du privé. On a ainsi sous-traité des services d'entretien, de buanderie, d'alimentation, de fournitures médicales, des services à domicile, des chirurgies, des agences de personnel, et on a utilisé des PPP pour des hôpitaux, dans l'hébergement, etc.

En dix ans, la sous-traitance, la privatisation, l'économie-socialisation, la communautarisation et les PPP ont pris place et sont mieux implantés partout dans notre système public de santé et de services sociaux.

Et le PL 10 qui nous est présenté, de par des fusions à plus grande échelle encore, ne fera qu'amplifier tous ces problèmes, privatisation incluse.

Le PL 10 consacre l'omnipotence du ministre et de son ministère, ce qui revient à dire que l'on consacre l'éloignement des milieux, le déracinement, et la méconnaissance des complexités du terrain. C'est la recette parfaite pour

augmenter l'inefficacité, les erreurs et le gaspillage, sans diminuer les budgets consacrés à l'administration.

Pire encore, le PL nous présente l'obtention d'une gouvernance efficace pour le réseau public de santé et des services sociaux comme un choix de mode de gestion (très hiérarchisé au surplus), sans tenir compte que ce choix s'appliquera dans le cadre de valeurs et d'orientations portées par le système public lui-même. Ces valeurs et orientations sont ce qu'il y a de plus fondamental parce que ce sont elles qui gouvernent tout le travail et les choix qui se feront tant dans la détermination du ou des modes de gestion que dans la prestation des soins et services.

Mais alors que dire d'un projet de loi qui ne représente, suivant les dires du ministre, qu'un morceau du puzzle?...

Alors pour savoir à quoi ressemblera notre système de santé quand tous les morceaux du puzzle seront en place, il nous faut aborder les pièces manquantes.

Le *financement à l'activité* a été appliqué au Royaume-Uni il y a déjà plus d'une décennie. Ce mode de financement a été accompagné d'un accroissement du recours au privé pour la prestation des soins, en invoquant le "libre choix du patient". Le financement à l'activité, où est établi un coût pour chaque acte posé, ne fait qu'augmenter les coûts administratifs et la bureaucratie qui doit contrôler la saisie et la gestion des données, tout en n'apportant aucune nouvelle ressource dans les services.

Avec les *supercliniques*, nous sommes encore plus loin d'un redéploiement des services sociaux pour travailler en amont et développer une réelle politique de santé. Nous sommes plutôt dans le développement d'une politique active de soutien financier pour consolider et développer le pouvoir de la médecine privée, principalement celle des médecins spécialistes.

L'*Accord économique et commercial global (AÉCG)*, comme tous les accords de libre-échange, comporte sa section *marchés publics* dans laquelle les gouvernements s'engagent à ouvrir au marché, donc à la sous-traitance et à la privatisation, les services publics, y compris en santé et services sociaux. Mais nous ne savons pas encore, comparativement au ministre et à son gouvernement, les liens qui pourraient unir plus intimement l'AÉCG et le PL 10.

Nous l'avons dit maintes et maintes fois : la santé n'est pas une occasion d'affaires.

Et c'est pour toutes ces raisons que nous rejetons le PL 10.

Présentation de la Coalition solidarité santé

La Coalition Solidarité Santé regroupe une quarantaine d'organisations syndicales, communautaires, féministes et religieuses. Depuis sa fondation en 1991, les actions de la Coalition ont toujours été motivées par la défense du droit à la santé pour l'ensemble de la population québécoise, et ce, sans égard au statut ou au revenu des citoyennes et des citoyens.

Depuis sa création, la Coalition Solidarité Santé défend le respect des grands principes qui ont conduit à la mise sur pied de ce système : le caractère public, la gratuité, l'accessibilité, l'universalité et l'intégralité. Ses assises sont celles que l'on retrouve dans la Loi canadienne de la santé et dans le Pacte relatif aux droits sociaux, économiques et culturels, signé par le Québec, en 1976, dont l'article 12 porte sur le droit à la santé.

En janvier 2000, la Coalition adoptait son Manifeste pour la sauvegarde d'un système public de santé et de services sociaux. La Coalition Solidarité Santé demeure encore aujourd'hui le principal lieu d'échanges et d'information intersyndicale et communautaire sur les enjeux entourant le système public de santé et de services sociaux.

Introduction

Il y a moins d'un an, le 12 mars dernier, la Coalition solidarité santé tenait à Montréal, et en webdiffusion, une assemblée publique intitulée : « Les 10 ans des CSSS: quel bilan? »¹. Malgré une ultime tempête de neige, près d'une centaine de personnes s'étaient rassemblées pour entendre quatre panélistes des plus pertinents et échanger avec eux.

MM. David Levine, ex PDG de l'Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal, André-Pierre Contandriopoulos, professeur et chercheur à l'Université de Montréal, René Lachapelle, ex-organisateur communautaire du réseau et chercheur associé à l'UQO et Madame Johanne Archambault, ex-responsable de l'Observatoire québécois sur les réseaux locaux de services, nous ont fait part de leur évaluation respective des fusions d'établissements, et des résultats obtenus au regard des attentes.²

Nous croyons que le ministre Barrette aurait eu intérêt à procéder à ce type d'exercice d'évaluation des dix ans de fusions d'établissements de santé et de services sociaux: nous sommes fermement convaincus que le contenu de son projet de loi 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales s'en serait grandement ressenti. En effet, pour savoir où aller, il peut être utile de savoir d'où l'on vient.

Alors, pour que le ministre Barrette en ait une bonne idée, nous nous permettrons dans le mémoire qui suit, de lui partager plusieurs éléments découlant de cette assemblée, auxquels nous en ajouterons d'autres que son projet de loi nous aura amenés à formuler.

¹Coalition solidarité santé (2014), *10 ans de CSSS: quel bilan?* <http://www.csssante.com/node/477>

² Voir ANNEXE 1.

La nécessité d'un examen complet

En déposant son projet de loi, le ministre Barrette a expliqué vouloir mettre ainsi le citoyen, l'usager, le patient, « au cœur du système ». Il n'était pas le premier ministre de la Santé et des Services sociaux à utiliser cette image :

- en 1991, Marc-Yvan Côté avait fixé ce même objectif à sa réforme créant les Régies régionales;
- en 1997, le ministre Rochon avait invoqué le même argument pour établir son virage ambulatoire et fermer plusieurs établissements hospitaliers;
- en 2003, Philippe Couillard avait utilisé la même expression pour justifier sa réforme par laquelle il fusionnait des établissements de santé et disait vouloir abolir les Régies régionales. Au bout du compte, les fusions se sont bien réalisées, mais les Régies régionales ont plutôt été remplacées par des Agences régionales.

Cette fois, avec le PL 10, le ministre Barrette propose des fusions sur une plus grande échelle encore, en plus d'abolir les Agences régionales.

Dans toutes ces réformes de structures, une constante : on pose un diagnostic en partant d'en haut, en prétextant vouloir faire « pour » le monde « d'en bas » (les citoyen-ne-s), alors qu'un véritable diagnostic se devrait de partir de la réalité du terrain puisque c'est le prétexte invoqué chaque fois pour changer les choses et que c'est effectivement là qu'on en ressentira tous les effets.

De plus, parce que le système a une histoire et un vécu, on ne peut faire l'économie d'analyser et d'évaluer cette histoire, ni faire abstraction de l'expérience accumulée de ses diverses composantes avant de révolutionner l'ensemble, sous peine de causer plus de mal que de bien.

Conséquemment, nous ferons un bref survol des 25 dernières années quant aux résultats des dernières réformes par rapport à ceux escomptés, et les enseignements que nous pouvons en tirer pour aller de l'avant.

Des réformes qui créent des (listes d') attentes...

En 1992, le gouvernement libéral adopte la Loi 120. Il s'agira d'une opération majeure pour le Réseau. Elle aura ses détracteurs et ses partisans, mais la Loi 120 semblera vouloir traduire une certaine vision «globale» de la santé et du bien-être des personnes, en établissant l'importance des organismes communautaires dans le respect de leur autonomie et en renforçant les instances de décisions régionales.

Malheureusement, ces instances serviront surtout à détourner l'attention des acteurs quand le gouvernement imposera des compressions majeures en les décentralisant : ceux-ci se disputeront dans chaque région le partage de budgets coupés au lieu d'unir toutes les régions ensemble pour se battre contre les coupures venues d'en haut. Résultats : un recul de l'accessibilité et la création de listes d'attente.

Durant cette même période, la désinstitutionnalisation de plusieurs services sociaux publics devient la norme. Mais ce retour des patient-e-s dans le milieu se réalise sans fournir les ressources nécessaires promises. Et jamais on ne corrigera le tir, ni à ce moment, ni par la suite dans les réformes subséquentes. Résultats : autre recul de l'accessibilité et une perte de services et de soins.

En 1996, le gouvernement péquiste fait prendre au Réseau le virage ambulatoire en invoquant à nouveau le bien du patient au cœur du système, mais ce n'est que pour mieux nous faire avaler la nouvelle religion des finances publiques : le déficit zéro, qui entraînera compressions, fermetures d'hôpitaux, mises à la retraite massives, etc. Évidemment, ce virage se fera de la même façon que la désinstitutionnalisation, c'est-à-dire, sans que les ressources promises ne suivent. Résultat : nouveau recul de l'accessibilité, nouvelles listes d'attente en services à domicile.

Nous nous en voudrions de passer sous silence la création de l'assurance médicaments qu'il faut jumeler au virage ambulatoire au regard

a) des prétextes invoqués pour sa mise en place : *rendre plus accessibles les médicaments et de réaliser des économies substantielles,*

b) des rôles qu'elle a réellement joués :

a. *permettre de transférer désormais aux patients une partie de la facture des médicaments nécessaires à leur convalescence et qui*

était autrefois assumée par l'hôpital pendant la durée plus longue de leur séjour,

- b. intégrer les médicaments dans la nouvelle technologie de soins : on les utilisera de plus en plus, même en prévention, médicalisant les problèmes sociaux en créant de nouveaux diagnostics auxquels les pharmaceutiques s'empresseront de faire correspondre autant de nouveaux médicaments;

- c) des résultats qu'elle a eus sur nos finances publiques : *aucune des économies substantielles promises!* Bien au contraire, l'institutionnalisation d'un régime d'assurance hybride public-privé a empêché le gouvernement d'avoir un réel pouvoir de contrôle sur le prix des médicaments, a favorisé les profits des sociétés pharmaceutiques et des compagnies d'assurance, tout *en créant le poste de dépenses publiques le plus inflationniste qui a fait exploser les coûts du système de santé depuis.* Sans compter qu'actuellement, les Québécois défraient 38% de plus que la moyenne des pays de l'OCDE pour leurs médicaments.

En 2003, on peinait encore à reprendre notre souffle du virage ambulatoire quand le nouveau ministre de la Santé Philippe Couillard propose une nouvelle réforme : la loi 25.

Le ministre soutient lors de la présentation de sa réforme que :

- la fusion des établissements favorisera le continuum de services, donc la maximisation des ressources;
- la première ligne sera priorisée;
- les nouveaux établissements seront responsables de la santé de la population de leur territoire (responsabilité populationnelle);
- chaque citoyen aura droit à son médecin de famille;
- les temps d'attente seront diminués;
- les coûts financiers pour le gouvernement seront diminués;
- la protection des ressources allouées aux services sociaux sera assurée (clapets);
- les Régies régionales seront abolies.

Ce sera l'une des plus importantes réformes de structures de l'histoire récente du Québec. Résultat?... Qu'est-il advenu du réseau de la santé et des services sociaux au Québec?

Quel bilan?... Pertinent et accablant!

C'est pour répondre à cette question que nous avons tenu cette assemblée sur les 10 ans de fusions des CSSS.

Comme nous l'avons précédemment indiqué, les diagnostics faits d'en haut ne sont rien sans les diagnostics du terrain, ceux des citoyen-ne-s qui travaillent dans le réseau, qui accompagnent en marge du réseau ou qui reçoivent les soins et services.

Qu'ont raconté les gens qui assistaient à cette soirée sur le bilan des 10 ans des CSSS?... Leurs nombreux témoignages, tant ceux des panélistes³ que des personnes présentes, étaient plus qu'éloquents.

« Il y a 40 ans, le problème était d'avoir des médecins de famille; aujourd'hui, le problème est encore d'avoir des médecins de famille; c'est une constante depuis plus de 40 ans, c'est le plus grand problème. »

Ce constat fait dès le début de l'assemblée par David Levine, ex-PDG de l'Agence SSS de Montréal et gestionnaire de longue date du réseau, parle de lui-même.

Pour André-Pierre Contandriopoulos, peu de choses ont changé depuis quarante ans *« pour les personnes malades et pour les personnes inquiètes. »*

En effet, depuis le rapport Castonguay-Nepveu, dans les années 1960, la recommandation qui revient continuellement est celle de l'importance de développer une première ligne forte, et que les hôpitaux répondent à cette première ligne.

³ Voir l'ANNEXE 1 *Assemblée publique 10 ans de CSSS : quel bilan? Résumé des présentations et des conclusions des panélistes*

Malheureusement, il ne suffit pas de le répéter et le réécrire : il faut l'appliquer et prendre les moyens pour que ça se réalise, que ça se traduise concrètement sur le terrain.

A. Les promesses des fusions

Il y a 10 ans, le ministre Couillard nous avait promis qualité, accessibilité et continuité dans des services plus près de la population, avec une première ligne plus forte, etc.

« En 2003, la réforme Couillard a promis de mettre le patient et la famille au cœur du système, et de développer la première ligne avec des médecins de famille et des équipes multi, mais les médecins n'ont jamais voulu. [...] les médecins se sont retrouvés au sommet de la pyramide, ce qui n'est pas très bon pour opérer un changement de culture. »

Cette autre affirmation de M. Levine vient éclairer son premier constat: le problème d'avoir des médecins n'est pas qu'il en manque, mais plutôt le pouvoir qu'on leur accorde dans le système, qui empêche, à toute fin pratique, d'appliquer correctement cette recommandation fondamentale d'une première ligne forte composée d'équipes multidisciplinaires intégrant des médecins de famille.

B. Les résultats des fusions

Nos personnes ressources à l'assemblée se sont montrées très critiques quant aux résultats concrets des fusions. M. Contandriopoulos est même tranchant : *« En général, ça ne marche pas! »*, affirme-t-il.

M. Levine en a tracé aussi un portrait négatif, soulignant :

- qu'il n'y a pas eu d'augmentation du volume de services par les médecins, et pas de réduction des temps d'attente, malgré un système plus hospitalo-centrique, et plus d'argent consacré aux nouvelles technologies et aux médicaments;
- qu'on a conservé les services sociaux qu'on avait, mais sans augmentation ni développement des services; et si on a un meilleur suivi pour les maladies chroniques, comme le diabète, ça ne va pas assez loin;
- mais surtout : il n'y a pas eu d'économie : zéro \$!

Et il a ajouté :

« Dans l'ensemble du système de santé, la plus grande croissance des coûts est allée au salaire des médecins, sans plus de services, ni plus de suivi, ni plus d'accessibilité. »

Johanne Archambault, pour sa part, a constaté que lorsqu'il y a eu des investissements en première ligne, ils étaient ciblés, vers des populations vulnérables, sans marge de manœuvre, avec des modalités de services non négociables. Quant aux services courants, peu de choses ont été faites :

« Malgré la poursuite du virage ambulatoire, il n'y a pas eu plus de services infirmiers; même chose pour les services psychosociaux de base; par exemple : l'accueil psychosocial a eu de nouveaux mandats, mais sans nouveaux budgets ni ressources. Les services courants n'ont pas connu l'évolution ou le développement qu'on est en droit de s'attendre de développer d'une première ligne. »

Sur la volonté de répartir différemment les budgets entre les missions fusionnées, elle a relevé également que :

« Ça n'a pas marché, ça ne s'est pas produit, il n'y a pas eu de redistribution, et les budgets des hôpitaux et des CHSLD ont eu plutôt tendance à s'accroître; il n'y a pas eu de transfert budgétaire de la 2^e et de la 3^e ligne vers la 1^{re}. »

Le Dr Dutil avait finalement raison en 2003 quand il déclarait déjà au ministre Couillard en commission parlementaire:

« La réforme est hospitalo-centriste. Les directeurs d'hôpitaux – et j'en ai été un – n'ont pas l'expertise pour diriger et réseauter les soins de première ligne. »

En tout cas, pour les personnes participant à l'assemblée, il ne fait pas de doute que le résultat des fusions fut le contraire des promesses : moins d'accessibilité et une qualité tenue à bout de bras par le personnel. Pour elles, les fusions furent une grave erreur :

- il ne se fait plus de prévention ou promotion, parce que ça ne rentre pas dans les statistiques : ce n'est pas comptabilisable!
- en CSSS l'argent est allé vers le curatif hospitalier plutôt qu'en 1^{re} ligne; et
- cette réforme nous a plutôt rapprochés de la tarification des services.

Les beaux discours ne cadrent pas avec où va l'argent, i.e. dans la rémunération des médecins, dans les nouvelles technologies, dans les médicaments. Les pressions sont grandes pour que les CSSS ou les CLSC rendent des comptes. Et tous les mécanismes de reddition de compte vont à l'encontre du discours de responsabilité populationnelle, du développement des collectivités, de la promotion ou de la prévention, ou d'approches intégrées. C'est là qu'on voit les véritables orientations de la réforme Couillard et de son gouvernement.

René Lachapelle le confirmait en disant:

« Au final, on a plus de curatif, plus de techniques, et moins d'enracinement et moins d'appartenance. »

Plus concrètement encore, on pourrait regrouper les résultats de dix ans de fusion en dix points, et constater que le PL 10 qu'on nous présente aujourd'hui n'améliorera en rien les choses, bien au contraire.

1. Augmentation du pouvoir des médecins au détriment de la première ligne

Depuis 2003, il n'y a plus aucun investissement pour des services médicaux en CLSC, tout l'argent (pour une infirmière, une secrétaire, de l'informatique), tout va aux GMF. On remplace les CLSC par des GMF, on nous parle même d'équipe multi dans les GMF. Mais qui en a le contrôle? Les médecins! Pourtant, ils devraient travailler d'égal à égal avec les autres personnels et être des employés de l'État comme les autres. Leur compétence en médecine ne fait pas automatiquement d'eux de bons gestionnaires, DG ou ministres!

Il en sera de même pour les super-cliniques : qui va les contrôler? Encore des médecins. Leur pouvoir est incroyable!

« Un médecin, c'est une entreprise privée dans un hôpital! », déclarait récemment le Dr Marc Girard, Directeur des affaires médicales au CHU de Ste-Justine.⁴

René Lachapelle décrivait ainsi la situation après dix ans de fusions :

« On a plus de spécialistes que de médecins de famille et de première ligne. Les Groupes de médecine familiale (GMF) ne livrent pas la marchandise : on y trouve pas plus de services, les heures de services

⁴ Émission « La facture » du 23 septembre 2014, ICI-Radio-Canada

sont égales ou moindres, mais ça nous coûte toujours le même budget sinon plus cher. »

Et le PL 10 ne fera que réduire encore plus cette si nécessaire première ligne multidisciplinaire.

2. Perte de proximité des services

Avec les fusions, les services sont devenus plus éloignés de la population.

À l'assemblée, un intervenant rapportait que la fusion de trois CLSC a fait en sorte que pour des raisons de masses critiques, les services Personnes Âgées (PÂ) se donnent maintenant dans l'un d'eux à un bout du territoire, alors que les services courants sont dans un deuxième situé à un autre bout et le troisième donne les services Enfance-Famille.

C'est peut-être très fonctionnel et organisé, selon un organigramme d'experts, mais pour les usagers et les intervenants, c'est plus de distance à parcourir pour les services.

Et le PL 10, en fusionnant tous les CSS d'une même région, étendra cette logique de gestionnaire « indépendant et compétent » à toute la région, dans chaque région du Québec.

3. Peu (ou pas) d'intégration ni de continuité des services, approche populationnelle trop complexe

André-Pierre Contandriopoulos a soutenu que lorsqu'une fusion marche, c'est quand

« ... il y a une confiance mutuelle entre les professionnels et la communauté [...];

le réseau est responsable vis-à-vis une population définie, soit en donnant des services, soit en s'assurant que les services soient donnés (par exemple en accompagnant);

il y a un haut niveau de coopération entre intervenants et professionnels soignants du réseau;

il n'y a pas de rupture entre santé, prévention et services sociaux;

la gamme de services dispensés dépend des compétences des professionnels et des réseaux; on sait s'adapter aux contraintes et aux compétences qui existent dans les régions; on accepte les différences entre les régions; »

Or, tant nos personnes ressources que les gens à l'assemblée ont soutenu qu'il n'en était rien, et qu'on observe plutôt que les services sont morcelés. On « découpe » les familles par tranche de problématique : un intervenant différent selon le problème vécu. On peut retrouver à deux ou trois intervenantes dans la même famille. Des familles ont même jusqu'à onze intervenants. Où est l'intégration? La continuité?

Selon Johanne Archambault, s'il s'est réalisé un peu plus d'intersectorialité qu'avant,

« Ça a souvent reposé sur des initiatives individuelles. Pour un suivi, ça prendrait une structure, ça fonctionne quand il y a un budget dédié. »

Sur l'approche populationnelle, certains participants ont souligné que ça n'avait pas que de bons côtés. Par exemple, quand les Personnes handicapées (PH) ne composent plus que 0,2% de la population du nouveau territoire constitué, ont-elles droit à la même quantité et qualité de services qu'avant les fusions?

Madame Archambault notait que ce concept n'est pas encore intégré et n'a pas encore influencé les pratiques :

« On commence à peine à se servir des données populationnelles, mais on n'est pas encore à l'étape de les utiliser pour prioriser les services. »

Mais pour René Lachapelle, le vrai problème est que les fusions n'ont pas respecté les territoires d'appartenance. Et cela touche particulièrement l'organisation communautaire, parce que

« faire du travail « avec » les gens, ça prend du temps, c'est de l'investissement, et ça prend des niveaux d'appartenance (10-15 000 hab.), des échelles plus humaines que ce qui existe maintenant et qui sert de plateformes d'hôpitaux. Les fusions ont rendu plus pénible, voire impossible l'enracinement dans les populations. Les mouvements de

personnel à l'intérieur d'un même CSSS sur un très grand territoire viennent augmenter le déracinement et compliquer la compréhension des réalités, et la confiance mutuelle nécessaire entre intervenant-e-s et populations. »

Le PL 10, non seulement n'apporte rien pour favoriser l'intégration des soins et services, mais en multipliant par plusieurs fois la superficie des territoires de couverture, il va gommer les particularités locales et asphyxier le sentiment d'appartenance nécessaire à l'implication des populations dans l'amélioration de leurs conditions de vie et de santé.

4. Coupures et réductions de services

Une dame a témoigné qu'à St-Henri, pour les prises de sang, les gens doivent aller à la Clinique privée d'en face et payer 15\$. Il n'y a pas assez de médecins de famille, il y a eu coupures dans les budgets postnatals, etc. Les citoyennes et citoyens ont formé « Au secours CLSC! » parce qu'ils et elles sont tannés de l'érosion des services.

Les citoyens disent rencontrer plus d'intervenant-e-s mais ont moins de services. Pourquoi? Parce que les intervenants ne font que de l'évaluation et de la référence, il n'y a plus de traitements nulle part. Les médecins diagnostiquent de plus en plus, mais il n'y a pas plus de traitements. On réfère à la 2^e et 3^e ligne, mais pas plus de services là non plus. On a des listes d'attente!

On ne trouve rien dans le PL 10 pour régler cette situation, sinon que les listes d'attente seront désormais... régionales!

5. Détérioration des services sociaux

Le Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal (RIOCM) a fait un portrait de la situation à Montréal. Plus encore que les conditions difficiles et le sous-financement du communautaire, ce qui ressortait, c'est que les gens étaient préoccupés par la détérioration des services sociaux des CSSS, parce que lorsqu'ils ne trouvent pas de services

au CSSS, c'est le communautaire qui les ramasse. Il faut consolider les services sociaux de base, et assurer un développement.

Une intervenante a raconté qu'en CSSS, il y a trois postes pour la Déficience intellectuelle (DI), alors qu'avant, dans les Centres de Réadaptation (CRDI) il y en avait cinquante. C'est une perte énorme. Les CRDI disparaissent avec les fusions, ils sont engloutis dans les CSSS. Et on demande au communautaire de prendre le relais.

Les fusions de 2004 ont accéléré l'attrition des services sociaux, les budgets devant leur être consacrés sont plutôt allés dans les urgences des hôpitaux, là où on peut encore trouver des traitements pour les maladies biologiques, parce que ça « rentre dans les statistiques ». Mais « souffrances », « difficultés », « pauvreté », « santé mentale », ça, ça n'y rentre pas.

René Lachapelle mentionnait qu'après la période des années '90 où l'État voyait le mouvement communautaire plus comme un partenaire, les fusions ont transformé les relations entre CSSS et organismes communautaires, au niveau du financement et des programmes puisque

« Les programmes d'intervention sont définis par l'État et la Fondation Chagnon (FLAC). C'est la FLAC qui négocie avec le communautaire qui n'a pas son mot à dire sur les programmes, les argents sont de plus en plus ponctuels, pour des projets et non pour le long terme. »

Encore une fois, le PL 10 ne fera que reproduire à plus grande échelle ce problème.

6. Des structures trop grosses et ingérables

Comme gestionnaire chevronné, David Levine sait assurément de quoi il parle quand il dit que « plus c'est gros et grand, plus c'est difficile à gérer. »

Avec les fusions, on a maintenant des ensembles tellement bureaucratisés, tellement hiérarchisés, inhumains. Des gestionnaires importants qui croyaient dans les fusions quittent leur poste parce qu'ils ou elles n'y croient plus!

Tout est contrôlé par le ministère. Tout vient d'en haut, avec une gestion de programmes extrêmement rigide, aucune souplesse sur le terrain. Avant, les employé-e-s pouvaient sortir dans le milieu, organiser des cafés-rencontres avec les familles, etc. Maintenant, ils et elles n'en ont plus le droit, pas plus que d'aller sur les tables de concertation, ce sont des gestionnaires, qui ne connaissent rien du milieu, qui y vont.

Il y a 30% plus de cadres et les budgets ont doublé.

Pour Johanne Archambault, l'augmentation des cadres

« a découlé de la taille importante des organisations, de l'étendue et de la diversité des programmes (toutes les populations, toutes les problématiques imaginables, d'une complexité impressionnante), et du fait que le personnel-cadre s'occupait à la fois du contenu clinique et de la gestion. »

En DI, on a réparti les services sur trois lignes : communautaire, CSSS, CRDI. Les gens se retrouvent avec plusieurs interlocuteurs pour leurs services, ils sont perdus, ne savent plus qui a la responsabilité de quoi. Même les intervenants ne s'y retrouvent plus. Il n'y a pas d'intégration.

À Québec, l'une des fusions a été celle de 26 établissements; son territoire de plus de 200 km ne facilite pas la mobilité du personnel. Des cadres plus nombreux gèrent comme ils le peuvent, parce qu'entre Lévis et la Beauce, les communications sont compliquées : il y a des disparités régionales, des besoins spécifiques dans chaque région. Mais tout a été mis ensemble, « pis arrangez-vous! »...

Johanne Archambault a tenté d'expliquer :

« Ce qui est fait par les gestionnaires n'est pas toujours pensé et réfléchi. L'exemple de l'offre de services à la périphérie du territoire obligeant à plus de déplacements, entraînant moins d'accès, moins de proximité, ça n'avait pas été pensé pour ça. Trop de changements concomitants ont complexifié les choses. Et avec une méconnaissance du terrain et des réalités, et un manque d'habiletés pour gérer tout ça, voilà le résultat. »

Les mégas structures prévues par le PL10 concourront à augmenter ce niveau de difficulté et de complexité déjà décrit par les intervenants et les gestionnaires du réseau.

7. Recul de la démocratie

Avant les fusions, il y avait davantage de démocratie : sur les CA de CLSC, des hôpitaux, il y avait des citoyens, des représentants syndicaux. Maintenant, il n'y a plus qu'un seul gros CA de CSSS, où la plupart des membres sont cooptés par le gouvernement, peu de citoyens ou syndicats, ça devient une sorte de club privé.

Les Régies régionales de santé et des services sociaux ont été remplacées par des Agences, avec des budgets augmentés, mais vidées des postes électifs aux conseils d'administration.

Pour Johanne Archambault,

« il y avait un objectif clair d'accroître la participation citoyenne dans le système de SSS. [...] Mais règle générale, les citoyen-ne-s sont demeurés très absents, leur participation n'est pas au rendez-vous. »

René Lachapelle faisait remarquer qu'avec la réforme Couillard, les citoyens sont plutôt devenus des *clients à satisfaire*, et

« ... on a remplacé la qualité de la santé et des services par la satisfaction des clients. »

Pour un intervenant, les fusions ont aussi cassé les syndicats; en les fusionnant, elles ont grossi les locaux, mélangé les membres et les cultures, ça les a affaiblis. Ce fut un effet, sinon un objectif important de cette réforme : casser la contestation à l'intérieur du système public.

L'une de nos membres a évalué que par ses fusions, le PL 10 abolira à l'échelle du Québec 1343 postes de représentation dans tous les Conseils d'administration (C.A.). Dans 66% des cas (890 postes), ce sera une suppression d'expertises.

Et ce sera l'un des plus gros impacts du PL 10, que ne combleront jamais des nominations d'administrateurs « indépendants » par le ministre.

8. Impact négatif sur le personnel et les relations de travail

« Avant les fusions, en CLSC, les gens se connaissaient tous, ils et elles s'entraidaient. Avec les fusions, chez-nous, on est passé de 240 à 4 000

employé-e-s! Ça change des dynamiques, ça! Mes collègues pleurent, parfois. Les cadres, eux, disent que la preuve que les fusions sont une réussite, c'est que « personne ne voudrait revenir en arrière! »... Les cadres ne voient pas l'immense douleur, la détresse de leur personnel, l'impact que les fusions ont eu sur eux : les changements de postes, les mutations, les changements de tâches, les jeux de pouvoir entre cadres, tout ça, ce fut un vrai traumatisme pour les employé-e-s. Alors revenir en arrière? Non merci, ça nécessiterait trop d'énergie. C'est déplorable! »

Ce témoignage senti lors de l'assemblée montre un effet caché, rarement abordé et pourtant extrêmement grave des fusions.

Johanne Archambault signalait que

« Partout, il y a eu perte de sens dans le travail. La perte de sens dans le travail, c'est majeur. Ça joue un rôle important dans la mobilisation ou non du personnel. »

Pour René Lachapelle,

« les fusions ont bouleversé le personnel à l'interne parce qu'on n'a pas tenu compte des changements et de comment ils étaient vécus par le personnel. On a été brutal. Une équipe de recherche du MSSS avait fait les mêmes constats à l'époque dans un rapport au Ministère. Rien n'a été fait. La perte de sens dans le travail, c'est majeur. »

Quant aux relations de travail, elles sont réduites à peu de chose : les employeurs n'ont pas le temps de régler les problèmes, ils sont trop occupés à gérer avec l'Agence, avec les différents partenaires, etc. Et quand le personnel n'est pas content, qu'il est fatigué, qu'il est malade, ça déteint sur les services à la population, parce que c'est le personnel qui donne les services. Il faut prendre soin de la santé du personnel pour qu'à son tour il puisse prendre soin de la santé de la population.

Pour David Levine,

« les relations de travail sont importantes : le milieu de la santé, c'est un lieu de travail de personnes avec des personnes malades. Si le milieu n'est pas sain, les malades en souffriront. Et c'est la responsabilité des gestionnaires d'assurer un milieu de vie sain. »

Pour René Lachapelle, le Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CSSS (RQIIAC) a aidé les

organisateur communautaire à trouver un sens. Mais il partage l'avis de Johanne Archambault sur le fait que pour les autres corps de métier, il y a peu de soutien réel. « C'est dramatique, cet impact de la loi 25 », ajoute-t-il

Les chercheurs Alain Dupuis et Luc Farinas écrivaient en 2009⁵ :

*« Les modes managériales se succèdent depuis des décennies dans les organisations publiques de services humains complexes. Aucune ne peut revendiquer des fondements solides ou un réel succès. La combinaison de fusion d'établissements, d'intégration régionale et de gestion axée sur les résultats fonde les dernières réformes en date dans le secteur de la santé et des services sociaux. **Il s'agit d'une mode managériale sans fondement sérieux au regard des sciences de l'organisation** et qui pousse l'ensemble du système vers le modèle de la grande entreprise divisionnalisée. Sous l'effet de ce modèle, nos organisations risquent de devenir toujours plus grosses, plus formelles, plus abstraites, plus impersonnelles, plus superficielles, vides d'engagements et de jugements éclairés. »* (les caractères gras sont de nous)

Si la Loi 25 a eu cet impact, et à la lueur de ce qu'en disent les chercheurs, l'effet n'en sera que pire avec le PL10.

9. Une gestion inappropriée: la Nouvelle gestion publique

M. Lachapelle constatait qu'

« avec la réforme Couillard, on a créé des Agences différentes des RR, avec une gestion axée sur les résultats, la Nouvelle gestion publique, suivant le néolibéralisme. »

Les fameux indices de performance sont devenus l'ultime critère d'évaluation. On évalue tout et tout le monde avec ça, mais seulement au niveau du volume de services.

David Levine relevait que

« les mesures de performance devraient être des mesures de qualité, pas de volume. Mais on mesure le volume parce qu'on veut réduire les temps

⁵ Dupuis, Alain, Farinas, Luc (2009) Cahier de recherche du Cergo.- *Une critique des modes managérialistes dans la gestion des organisations de services humains complexes de santé et de services sociaux*. ENAP et TELUQ. 19 pages.

d'attente dans les urgences, on veut trois ou quatre visites à l'heure plutôt que deux. C'est inapproprié. »

Ce qui a amené plusieurs intervenant-e-s à conclure qu'on a ainsi tué l'innovation : l'impact des indicateurs de performance sur les pratiques des gens a été sclérosant. On a perdu la rigueur et la proximité dans les services. Les interventions sont axées sur les résultats, pas sur la qualité. On donne des chiffres, oui, mais des services?...

Ainsi, la méthode de gestion LEAN appliquée aux équipes multi de la première ligne a souvent pris la forme d'une optimisation accablante dans le réseau. Les équipes ont de moins en moins de rencontres cliniques pour échanger sur les cas et améliorer les choses, parce que ce n'est pas chiffrable au niveau statistique.

Et pour la planification 2015-2020, il est encore et toujours question de performance, mais pas de prévention.

Suivant le PL 10, les C.A. seront formés d'une majorité d'administrateurs « indépendants », ne possédant aucune connaissance en santé et services sociaux, aucune expertise dans la livraison de soins et services de santé, encore moins dans la gestion d'un système public de soins de santé et de services sociaux. Conséquemment, leur « compétence » en gestion ne pourra s'appuyer que sur encore plus de statistiques misant leur évaluation sur le plus grand volume, au meilleur prix, etc., au mépris de la qualité et des particularités humaines des soins et services.

10. Augmentation de la privatisation

Le pire résultat qu'on a vu se développer avec les fusions, c'est la privatisation des soins et services.⁶

Ce résultat a fait le sujet de plusieurs interventions pendant l'assemblée :

- le Pavillon Lasalle, une ressource intermédiaire d'hébergement de plus de 200 places pour PÂ, à Montréal : son bilan financier montre un

⁶ D'ailleurs, le changement de nom des régies régionales en agences n'est peut-être pas innocent puisque dans le dictionnaire, le mot « régie » est associé à des mots comme « administration, conduite, direction, gestion, gouvernement, » alors que le mot « agence » est plutôt associé à des mots comme « affaire, bourse, succursale, intermédiaire, commerce...»

budget d'opération annuel de 9 M\$, avec une marge de profit de 8%. Mais en grattant un peu, on découvre que le propriétaire se paie un loyer de 1,5 M\$ par année parce que le bâtiment et le terrain lui appartiennent. Il bénéficie également d'une prime de l'Agence SSS pour bâtiment neuf de 13\$ par jour par personne, ce qui ajoute 950 000\$ par année à son profit. Au total, ce n'est plus 8% de profits, mais plutôt 34,2% de marge de profits qu'il retire. Ça équivaut à 3 M\$ par année dans les poches d'un promoteur privé plutôt que dans des soins et services, dans l'accessibilité aux soins et services. Et il a un contrat de 10 ans! Ces privés sont très dommageables pour le réseau public. Sans compter que ses infirmières terminent leur travail à 17h. Si un problème, même mineur, survient à 17h10, la personne se retrouve à l'urgence de l'hôpital public.

- En déficience intellectuelle (DI), les services venaient des Centres de réadaptation (CRDI). Les services ont beaucoup été privatisés dans les dernières années, pour faire baisser les coûts des établissements. Mais les contrats à des entreprises privées ou communautaires autonomes du réseau vont-ils vraiment, à moyen terme, coûter moins cher? Privatiser ne coûte pas moins cher.
- Le système de SSS était un système de redistribution de la richesse dans la société. Mais là, la redistribution se fait vers le haut, les argents vont vers les médecins, les nouvelles technologies, les médicaments et l'informatique, et via les PPP (hôpitaux, CHSLD, etc). Les fondations participent à ça. Faut bouter ça dehors du système public. Les coops de santé, ça a beau s'appeler coopératives, ce n'est pas un système public.

Et rien dans le PL 10 ne vient changer cette situation. Bien au contraire, en régionalisant, on agrandit les territoires sous une même administration, rendant plus attrayantes les occasions d'affaires pour la sous-traitance des services.

En poussant plus loin l'analyse...

L'identification de ces résultats des fusions nous amène à croire qu'en poussant plus loin l'analyse, pour pourrions peut-être mieux comprendre les raisons qui ont conduit le gouvernement libéral de l'époque à fusionner des établissements de santé qui assumaient plutôt correctement leur mandat, pour en faire de très gros établissements où les diverses missions ont été fusionnées tant bien que mal, mais surtout mal, et en précisant un nouveau mandat : la mise sur pied de réseaux locaux de services.

En 2004, le Ministre Couillard avait dit que le privé ne pouvait concurrencer le public parce que la société québécoise n'avait pas permis que se développe un système privé fort comme aux États-Unis. Il avait dit aussi que sa réforme prendrait dix ans à jouer son rôle.

À quel rôle faisait-il allusion? Souvenons-nous du slogan du gouvernement Charest : le privé au service du public. En fait, ce fut exactement le contraire : le public au service du privé, les ressources publiques pour le développement du privé.

Suivant les témoignages de l'assemblée, selon qu'on est un gestionnaire, un citoyen ou un employé, les points de vue peuvent différer sur ces fusions. Mais une chose semble rejoindre tout le monde: entre ce qui avait été dit, les objectifs qui avaient été présentés, et ce qui en a résulté, il y a une marge plutôt importante, sinon, une contradiction flagrante.

Et on pourrait risquer une explication.

Au ras des pâquerettes, ce qu'on voit, c'est que l'aboutissement de cette fusion a été la mise sur pied des réseaux locaux de services (RLS), sorte d'excroissances artificielles du réseau public. Ces RLS sont devenus des réseaux parallèles de services, composés de privé, d'économie sociale et de communautaire, pouvant concurrencer le secteur public dans l'accomplissement des soins et services, tout en rongant de plus en plus les budgets publics. Les immenses CSSS ont utilisé les RLS pour réduire les soins et services que leurs composantes assumaient auparavant, et en transférer graduellement la prestation en sous-traitant des organismes privés, d'économie sociale et communautaires.

N'oublions pas que d'autres lois ont été adoptées à peu près à la même époque pour s'arrimer avec les fusions d'établissements :

- en 2003, par le gouvernement libéral, sous le bâillon, les lois
 - # 30 qui fusionnait les accréditations syndicales, en regroupant le personnel en 4 grands groupes; et
 - # 31, qui modifiait l'article 45 du Code du travail pour faciliter la sous-traitance et la privatisation de services;
- puis, en 2006, toujours par le gouvernement libéral et toujours sous le bâillon, la loi :
 - # 33 autorisant des chirurgies au privé, avec couverture d'assurance privée.⁷

Dix ans plus tard, force est de constater qu'on a utilisé les ressources du public au service du privé. On a ainsi sous-traité des services d'entretien, de buanderie, d'alimentation, de fournitures médicales, des services à domicile, des chirurgies, des agences de personnel, et on a utilisé des PPP pour des hôpitaux, dans l'hébergement, etc.

En dix ans, la sous-traitance, la privatisation, l'économie-socialisation, la communautarisation et les PPP ont pris place et sont mieux implantés partout dans notre système public de santé et de services sociaux.

On était en droit de s'attendre à mieux de notre ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque, M. Philippe Couillard, dans la défense de notre système public de soins et services.

Et si ce n'était pas le résultat escompté, il est encore temps de faire marche arrière : on ne peut faire la même erreur deux fois, parce que la deuxième fois, ce n'est plus une erreur, c'est un choix!

⁷ Il peut être intéressant de noter que quelques jours avant son départ de la vie politique le 25 juin 2008 pour aller occuper un poste chez PCP, « *le seul fonds privé d'investissement au Canada dédié à développer des opportunités d'investissement offrant un fort potentiel de croissance dans le secteur de la santé* », le ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque « *Philippe Couillard a signé deux décrets favorables aux cliniques privées, l'un précisant la cinquantaine de traitements médicaux pouvant y être dispensés et l'autre visant à réduire le coût de leur permis d'exploitation.* », La Presse, 17 mars 2009. <http://www.lapresse.ca/actualites/politique/politique-quebecoise/200903/17/01-837346-pas-de-lobbyisme-illegal-aupres-de-couillard.php>

Le choix qui nous est présenté aujourd'hui

« Ce projet de loi modifie l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux [...] 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'efficacité et l'efficacités de ce réseau. » (Préambule du PL 10)

À la lueur des propos issus de l'assemblée, on peut déjà affirmer que le projet de loi ne répondra en rien à l'objectif formulé dans son préambule, pas plus qu'il ne répondra aux attentes de la population, ni aux problèmes persistants du Réseau, ni à ceux créés par les dernières fusions. Pire, il les répètera sur une plus grande échelle.

Et ça commence tôt puisque le ministre et le premier ministre ne semblent même pas s'entendre sur comment le PL 10 se traduira concrètement. En effet, alors que le premier ministre déclarait devant ses collègues députés à l'Assemblée nationale que grâce à ce projet de loi, il y aurait moins de gestion et plus de services, en entrevue à Radio-Canada, à la question de Patrice Roy, chef d'antenne « Ainsi donc, vous allez pouvoir économiser 220 M\$ que vous pourrez réinvestir dans les services directs? », le ministre s'empressait de répondre : « Non, non, non, le 220M\$ ne sera pas réinvesti, il va servir à l'atteinte du déficit zéro! »... On voit mal comment le fait de retirer 220M\$ du réseau et de diminuer le nombre de cadres sans ajouter de personnel soignant va se traduire automatiquement par plus de services à la population!

Sans compter que cette « économie » promise rappelle la promesse de la loi 25 d'économies importantes qui ne se sont jamais matérialisées, bien au contraire.

Si on ajoute à cela les compressions budgétaires actuelles et à venir qui s'accumulent et se traduisent par des abolitions de postes, donc, nécessairement des coupes de services, on voit la norme intrinsèque au virage ambulatoire s'appliquer encore une fois : les ressources nécessaires pour « plus de services » ne suivent pas!

- **Débalancement de pouvoir**

Le PL 10 consacre l'omnipotence du ministre et de son ministère⁸ : il pourra décider de tout, partout, pour tout, ce qui revient à dire que l'on consacre l'éloignement des milieux, le déracinement, et la méconnaissance des complexités du terrain. C'est la recette parfaite pour augmenter l'inefficacité, les erreurs et le gaspillage, sans diminuer les budgets consacrés à l'administration.

Le système de SSS est vivant, il est composé de multiples cellules vivantes, en constante évolution, et comme tout système en évolution, il ne se développe pas également à tous les niveaux, mais plutôt selon les besoins et les opportunités, et à travers de multiples interactions. Tenter de le traiter et d'agir avec ou sur lui comme s'il était égal dans toutes ses parties, c'est l'empêcher de répondre aux diverses réalités. Par exemple, exiger qu'un service ou un soin soit produit au même coût, que l'on soit en Gaspésie, dans les Laurentides, dans l'Outaouais ou à Montréal, comme semblait [le souhaiter récemment le ministre](#) découle de l'incompréhension ou de la méconnaissance du terrain, et d'un raisonnement de gratte-papier isolé dans son bureau tout en haut de sa tour d'ivoire.

Comme l'écrivait le 2 octobre dernier une lectrice sur notre page Facebook, en réaction à cet article de presse rapportant les propos du ministre :

« Montréal a des défis en santé mentale, en itinérance, toxicomanie que les autres régions n'ont pas. À Montréal, les gens sont souvent très isolés. Ils n'ont pas de réseau social. Il y a aussi le défi des nouveaux arrivants qui ont des barrières de langue, de culture et qui ne connaissent pas le système. Il faut faire attention avant de dire que le même service coûte plus cher à Montréal. Les cas sont beaucoup plus complexes. »

Et toute la bonne volonté du monde aux commandes du ministère ne suffira pas à combler ce futur manque d'enracinement et d'ancrage dans les réalités du terrain.

⁸ Le PL réfère plus de cent fois aux pouvoirs du ministre.

- La gouvernance : plus qu'une question technique

Pire encore, le PL nous présente l'obtention d'une gouvernance efficace pour le réseau public de santé et des services sociaux comme un choix de mode de gestion (très hiérarchisé au surplus), sans tenir compte que ce choix s'appliquera dans le cadre de valeurs et d'orientations portées par le système public lui-même. Ces valeurs et orientations sont ce qu'il y a de plus fondamental parce que ce sont elles qui gouvernent tout le travail et les choix qui se feront tant dans la détermination du ou des modes de gestion que dans la prestation des soins et services. L'article 1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec est très important à cet égard. Il énonce que « *le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie* ».

Cependant, les valeurs et orientations qui suivent devraient, selon nous, guider une gouvernance efficace du système public de soins et services sociaux et de santé, et permettre de juger de toute proposition gouvernementale ou autre, visant une amélioration ou un changement de gouvernance :

- a. le respect des principes de la Loi canadienne sur la santé, soit la gestion publique, l'universalité, la transférabilité, l'intégralité et l'accessibilité, de même que l'interdiction de surfacturation et d'imposition de frais modérateurs;
- b. la propriété publique de la prestation des soins et services sociaux et de santé, y incluant celle de tous les soins personnels intimes (comme les Activités de la vie quotidienne – AVQ);
- c. l'étanchéité absolue entre la pratique des médecins participants et celle des médecins non participants;
- d. l'arrêt des projets d'amélioration de l'organisation du travail⁹; un moratoire immédiat sur tous les projets d'« optimisation », qu'ils soient gérés par une

⁹Position de la Coalition solidarité santé « Sur les projets d'amélioration de l'organisation du travail (appelés « optimisation » des services, lean, méthode Toyota, etc.) »
http://www.cssante.com/sites/www.cssante.com/files/sur_les_projets_d_amelioration_de_l_organisation_des_services_optimisation-lean-toyota.pdf

- firme privée ou effectués par des gestionnaires à l'interne, et ce, sans l'accord du syndicat et sans consultation des usagers-ères et de leurs proches; et que tout changement ou application de changement soit fait en ayant toujours à l'esprit l'intérêt des travailleuses et travailleurs et celui des usagers-ères et de leurs proches;
- e. la sécurité physique et psychologique des personnes, incluant la sécurité des données les concernant, tant pour les personnes qui reçoivent les soins et services que pour celles qui les donnent et celles qui les aident, et ce, dans toutes les composantes du système public de santé et de services sociaux;
 - f. le principe de précaution ainsi que les principes éthiques basés sur la santé publique dans le choix et l'application des programmes et des services;
 - g. la santé étant aussi une question de pouvoir et de contrôle sur sa vie, le rétablissement et la garantie des espaces démocratiques permettant aux citoyennes et aux citoyens de faire entendre leur voix quant à l'avenir du système québécois de services sociaux et de santé, et que l'on tienne compte dans l'élaboration des programmes, des politiques et des services de la spécificité des femmes en tant qu'usagères principales des soins et des services, en tant que proches aidantes (75 % de l'apport) et en tant que travailleuses (80 % de la main-d'œuvre);
 - h. le respect de l'autonomie des organismes communautaires, et l'assurance de la liberté de consentement des bénévoles et leurs organismes;
 - i. le contrôle efficace des coûts à exercer par :
 - i. une politique du médicament, incluant un régime public universel d'assurance médicaments;
 - ii. la fin de l'utilisation des PPP¹⁰, de la sous-traitance et des services et de la main d'œuvre privée;

¹⁰Ce mode va à l'encontre de ce que demandait, dans son discours inaugural, le premier ministre le 21 mai dernier quand il disait vouloir « réviser les lois et les règlements qui touchent l'accès à l'information, la divulgation des informations relatives aux contrats, aux dépenses et aux engagements de l'État et de ses représentants. Nous voulons que les Québécois sachent ce qu'il en coûte, qu'il s'agisse de construction, de services professionnels, d'investissements, de dépenses de déplacement, d'activités de formation ou de ressourcement. Les renseignements sur ces éléments de même que sur les coûts et les échéanciers des projets doivent être divulgués de façon proactive. Nous ferons en sorte qu'à l'approche de la prochaine élection (dont nous connaissons la date), les Québécois et les formations politiques aient devant eux un portrait indépendant et complet de la situation des finances publiques. Il faut que la transparence soit la plus entière possible et qu'elle ne trouve comme limite que la protection de la vie privée. »

- iii. le contrôle des nouvelles technologies, de l'utilisation de l'hôpital comme première ligne, de la rémunération des médecins et une modification de leur mode de rémunération.

Toutes les instances du réseau de la santé et des services sociaux devraient s'assurer du respect de ces valeurs et de ces orientations dans la prise de décisions en matière de gouvernance. La cohérence entre ces valeurs et la gouvernance est la prémisse d'une meilleure efficacité.

Malheureusement, nous n'en trouvons trace dans le PL que nous présente le ministre.

Et si nous avons tout le puzzle?...

Mais alors que dire d'un projet de loi qui ne représente, suivant les dires du ministre, qu'un morceau du puzzle?... Même un radiologiste refuserait de juger une fracture sous un seul angle de vue : il sait les erreurs possibles.

Alors pour savoir à quoi ressemblera notre système de santé quand tous les morceaux du puzzle seront en place, il nous faut aborder les pièces manquantes.

- *Le financement axé sur le patient*

Sur commande du gouvernement libéral dès le budget du 20 mars 2012, un Groupe d'experts sur le financement d'abord appelé « à l'activité » pour ensuite être renommé en 2013 « *axé sur les patients* » a remis en février 2014 son rapport pour implanter le financement axé sur les patients dans le secteur de la santé et des services sociaux.

Ce mode de financement est l'instrument budgétaire par lequel va se poursuivre la sous-traitance, la privatisation, et le développement du système privé de soins et services amorcé par les fusions de 2003.

Parce que... Quand on établit un prix pour chaque chose, qu'on met en concurrence les prestataires et leurs services, que le moins cher devient le meilleur, qu'on vise le volume plutôt que la qualité, quand le patient est vu comme un « revenu », ce n'est plus de la santé, c'est un marché!

Ce type de financement où on établit un coût pour chaque acte posé ne fait qu'augmenter les coûts administratifs et la bureaucratie qui doit contrôler la saisie et la gestion des données, tout en n'apportant aucune nouvelle ressource dans les services.

Le financement à l'activité a été appliqué au Royaume-Uni il y a déjà plus d'une décennie. Ce mode de financement a été accompagné d'un accroissement du recours au privé pour la prestation des soins, en invoquant le "libre choix du patient".

L'Association des consultants du Service national de la santé au Royaume-Uni (NHSCA) adressait une [lettre à l'Association médicale canadienne en 2005](#) pour la dissuader d'emprunter cette voie au Canada. Leur lettre soulève nombre de problèmes qui découlent de cette orientation, des problèmes dont on se tient loin quand on veut maintenir et développer un système public de santé et de services sociaux.

D'ailleurs, dans son rapport « Pour que l'argent suive le patient », le Groupe d'experts effleure très brièvement, en page 71, les risques de ce mode de financement, risques qui se sont avérés ailleurs, à savoir:

- la réduction des durées de séjour dans les établissements, au détriment de la qualité des soins, les patients étant libérés trop rapidement avec le risque de réadmissions ou de complications qui s'ensuit;
- le transfert trop rapide de la responsabilité des patients à d'autres établissements;
- la sélection des patients, les établissements évitant de soigner les patients les plus à risque et préférant les patients susceptibles d'être libérés plus rapidement;
- la surprestation de certains soins, dans le seul but d'obtenir un remboursement;
- la segmentation des séjours;
- une codification à la hausse, qui consiste à classifier le patient selon un diagnostic plus lourd que sa condition réelle, pour obtenir un remboursement plus élevé.

Mais nos experts en concluent rapidement qu'on peut gérer ces risques... en augmentant l'administration et les contrôles!

Pourquoi l'expérience britannique ne fait-elle pas sourciller le ministre?

- ***Une réponse, les supercliniques?***

Un autre morceau manquant pourrait constituer une partie de la réponse : la mise sur pied de 50 supercliniques promise en campagne électorale.

Ces supercliniques soulèvent leur lot d'interrogations.

1. Alors que nos constats sur le terrain amènent à dire qu'il y a recul de la première ligne et que l'organisation et le développement d'équipes multi devrait être visés prioritairement, le ministre nous propose des supercliniques composées de soins et services spécialisés ne répondant en rien à cet objectif identifié prioritaire depuis plus de 40 ans;
2. La nature privée ou publique de ces nouvelles supercliniques ne semble pas inquiéter le ministre, ce qui nous laisse croire que l'option privée ne sera pas écartée, au contraire, et que des fonds publics serviront à nouveau, comme lors des fusions précédentes, à développer le privé;
3. « Dans ces supercliniques, les usagers pourront « payer » avec leur carte d'assurance-maladie! »... Cette phrase prononcée à plusieurs reprises par le ministre, et par le premier ministre, depuis l'annonce des supercliniques, ne nous rassure pas du tout sur les orientations de « marché » à long terme du gouvernement; en effet, quand avons-nous entendu par le passé qu'en CLSC ou à l'hôpital, nous pouvions « payer » avec notre carte d'assurance maladie? Si le financement est axé sur le patient et suit le patient, la carte d'assurance maladie jouera un rôle clé.¹¹ Et devons-nous comprendre que le jour où le gouvernement diminuera les budgets, et le panier de services couverts, nous pourrons payer aussi avec « d'autres » cartes?

¹¹ Journal de Québec, 8 décembre 2013. RAMQ: 37,5 M\$ pour un nouveau système de facturation. « Ce système a été conçu au début des années 1980. Il y avait, à l'époque, 600 codes d'actes médicaux possibles, comparativement à 10 000, aujourd'hui". <http://www.journaldequebec.com/2013/12/08/375-m-pour-un-nouveau-systeme-de-facturation>

Avec ces supercliniques, nous sommes encore plus loin d'un redéploiement des services sociaux pour travailler en amont et développer une réelle politique de santé. Nous sommes plutôt dans le développement d'une politique active de soutien financier pour consolider et développer le pouvoir de la médecine privée, principalement celle des médecins spécialistes.

Oserions-nous dire qu'une telle politique de soutien financier peut aider à faire passer un étalement des augmentations de salaire promises aux médecins?...

Chose certaine, avec tout ce soutien, et à moins d'un revirement spectaculaire en provenance de la commission sur la fiscalité, on ne saurait s'attendre du ministre ou de son gouvernement à une remise en question du statut « d'incorporé » accordé aux professionnels de la santé, statut dont se sont prévalus amplement ses ex-collègues spécialistes. Le ministre y a peut-être lui-même eu recours. Pourtant, au moment où son gouvernement répète qu'il n'y a pas de petites économies, il nous semble tout à fait opportun à tout le moins de questionner l'obtention d'un tel statut pour les professionnels de la santé, sachant que cela prive le gouvernement de dizaines, voire de centaines de millions de dollars de revenus en impôts par année.

- ***L'Accord économique et commercial global (AÉCG)***

Nous ne pouvons oublier dans ce portrait l'Accord économique et commercial global (AÉCG) entre le Canada et l'Union européenne. Nous n'en connaissons le contenu que partiellement, mais le négociateur en chef pour le gouvernement du Québec, Pierre-Marc Johnson, a fait rapport au gouvernement des impacts et conséquences que cet accord aura, et des obligations qu'il impliquera.

Nous savons déjà que cet accord aura des conséquences budgétaires importantes suite aux clauses prolongeant la durée des brevets des médicaments.

Nous savons aussi que les accords de libre-échange comportent tous leur section *marchés publics*¹² dans laquelle les gouvernements s'engagent à ouvrir au marché, donc à la sous-traitance et à la privatisation, les services publics, y compris en santé et services sociaux. Mais nous ne savons pas

¹² *Les Marchés publics*, Secrétariat du Conseil du Trésor, consulté en ligne le 16 octobre 20104
<http://www.tresor.gouv.qc.ca/faire-affaire-avec-letat/les-marches-publics/>

encore, comparativement au ministre et à son gouvernement, les liens qui pourraient unir plus intimement l'AÉCG et le PL 10.

Cependant, la volonté qu'on trouve dans le PL 10 de modifier la gouvernance du Réseau de Santé et de Services sociaux pour concentrer dans les mains du ministre la majeure partie des décisions s'y rattachant, y compris sur la façon de livrer les soins et services, de même que sur le choix des personnes, physiques ou morales, pour livrer ces soins et services, ne nous rassure pas du tout.

Même sans l'AÉCG, un Réseau de Santé et Services sociaux avec une gouvernance aussi centralisée, parsemé de supercliniques et basé sur un financement à l'acte facilite les larges appels d'offres de services pour répondre aux besoins dans chaque région administrée par un CISSS.

Pour peu que ces appels d'offres atteignent les seuils¹³ prévus dans les accords de libre-échange existants ou à venir, et notre système public de Santé et Services sociaux basculera dans les marchés qu'ils régissent, sans possibilité de retour sous peine de dissuasives amendes pour perte éventuelle de profits¹⁴.

Le ministre pourra répéter *ad nauseam* qu'on doit lui faire confiance, ça nous semble d'autant plus risqué quand on se rappelle que son premier ministre, en plus d'être un ex-médecin spécialiste, était jusqu'à tout récemment à l'emploi de [PCP, une entreprise qui se présente elle-même](#) comme expérimentée dans les *fusions, acquisitions, investissements* et *opportunités d'affaires en santé*.

Pour nous, ça ne laisse présager rien de bon pour notre système public de santé et services sociaux.

- ***Le financement par le « changement » : nouvelle mouture de « la juste part »***

« Le changement n'est jamais agréable, le changement est toujours difficile, surtout quand on est soi-même ou son organisation touché par le

¹³ *Seuils d'appel d'offres, Modes de sollicitations, Les Marchés publics, Secrétariat du Conseil du Trésor, consulté en ligne le 16 octobre 20104* <http://www.tresor.gouv.qc.ca/faire-affaire-avec-letat/les-contrats-au-gouvernement/modes-de-sollicitation/>

¹⁴ *L'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA) - Chapitre 11 - Investissement, Affaires étrangères, Commerce et Développement Canada, consulté en ligne le 16 octobre 2014* <http://www.international.gc.ca/trade-agreements-accords-commerciaux/topics-domaines/disp-diff/nafta.aspx?lang=fra>

changement, le changement est toujours facile quand c'est les autres qui doivent changer... »

-Philippe Couillard, Téléjournal de Radio-Canada, 4 septembre 2014

Ces paroles prononcées par le premier ministre, mais qu'on entend sous diverses formes dans la bouche des principaux ministres du gouvernement, ne sont que la nouvelle mouture de l'expression « la juste part » qu'affectionnait le gouvernement libéral de Jean Charest il y a à peine deux ans.

On nous dira, avec un ton paternaliste et condescendant, qu'il est normal que « ceux qui s'opposent au PL 10 s'opposent au changement » ou « ont peur du changement » parce qu'ils et elles sont touché-e-s par le changement, sans doute comme d'autres sont touchés par la grâce. Mais qu'on le veuille ou non, changement il y aura, nous assène-t-on!

En fait, les changements entraînés par le PL 10 et par les réductions de dépenses budgétaires l'accompagnant, de même que les compressions dans les autres budgets sociaux (éducation, aide sociale, etc.) viendront toucher la majorité de la population. C'est donc dire que ce seront les classes moyenne et démunie qui seront affectées par le changement dont parle le gouvernement.

L'ancien ministre libéral des Finances, Raymond Bachand, vantait sa « révolution culturelle de l'utilisateur payeur ». Sa révolution culturelle, on aurait tout aussi bien pu la qualifier de « méchant changement ».

La juste part de l'utilisateur payeur du gouvernement Charest, tout comme le changement et le financement qui suit le patient du gouvernement Couillard relèvent de la même logique de marché, d'achat-vente, d'offre et demande, de client.

Nous l'avons dit maintes et maintes fois : la santé n'est pas une occasion d'affaires.

Le seul principe juste de financement de nos services publics est celui qui s'ajuste à la capacité de payer de chacun : celui qui peut le plus donne plus, celui qui peut le moins donne moins, et celui qui ne peut pas ne donne pas. Et pour bien appliquer ce principe, le moyen à privilégier est l'impôt progressif appliqué aux revenus des individus et des sociétés. C'est ce mode que nous

retenons et prôtons pour financer notre système public des services sociaux et de santé, ainsi que pour tous nos services publics qui servent tout le monde, individus et sociétés.

La Coalition opposée à la tarification et à la privatisation des services publics, avec laquelle nous collaborons, propose des solutions fiscales et des mesures de contrôle des dépenses gouvernementales pour un montant de plus de dix (10) milliards de dollars¹⁵. Même sans les mettre toutes en application, le gouvernement y trouverait amplement de quoi financer adéquatement nos services publics sociaux et de santé, en institution ou à domicile, des services offerts à l'ensemble de la population, sans tarification ni discrimination aucune.

Nous avons aussi mentionné plus haut d'autres moyens:

- la mise en place d'une assurance médicament universellement publique, et d'une politique du médicament, qui pourrait faire économiser 1 milliard \$ annuellement;
- la question du mode de rémunération des médecins et du statut d'incorporation qui leur a été accordé;
- la fin des PPP, principalement les CHUs en PPP qui vont engloutir plus de 7 milliards \$; et
- la fin de l'utilisation du privé et de la main d'œuvre privée.

Nous aimerions aller plus loin encore sur la question de la juste part, parler de la lutte à la collusion, au copinage avec la mafia, à l'évasion fiscale, à la fraude, aux paradis fiscaux. Mais nous savons que la commission de révision de la fiscalité connaît déjà tout cela. Reste la volonté politique...

Enfin, le financement de la santé en provenance d'Ottawa doit être rehaussé. L'entente fédérale-provinciale doit être revue pour augmenter la contribution du fédéral : on y paie aussi des impôts, et ce qui vaut pour nos impôts à Québec vaut autant pour ceux qu'on verse à Ottawa.

¹⁵ *Tableau des solutions fiscales et mesures de contrôle de dépenses*, Septembre 2014
<http://www.nonauxhausses.org/wp-content/uploads/tableau.pdf>

Conclusion

Notre premier ministre aime bien parsemer ses discours de citations diverses. Nous aimerions lui signifier ici que nous écoutons attentivement tout ce qu'il dit, et que nous lisons scrupuleusement ce qu'il écrit. Et que pour nous, la devise du Québec « Je me souviens », n'est pas que des mots en l'air pour une chanson.

Le premier ministre a déclaré aux médias que nous devons avoir autant d'audace maintenant que lors de la Révolution tranquille.

D'ailleurs, dans son discours inaugural le 21 mai, il usait d'une citation de 1962 d'un autre premier ministre bien connu, Jean Lesage. Permettez-nous de la reprendre :

« Croyez-moi, tous nos désirs légitimes risquent de devenir des déceptions inévitables, si nous ne prenons pas des mesures maintenant pour les atteindre.

Chez nous, comme partout ailleurs au monde, le père de famille veut, pour ses enfants, un niveau d'éducation qui leur permette de réussir dans la vie, l'ouvrier désire un emploi stable, le cultivateur souhaite que les produits de son labeur se vendent, le petit industriel pense à assurer l'avenir de son entreprise, le travailleur, de quelque catégorie qu'il soit, compte sur un revenu suffisant ; en somme, tous les citoyens veulent un niveau de vie acceptable et convenable.

Ce sont là des désirs normaux. Une société moderne doit s'employer à les satisfaire. C'est là son devoir et c'est ce qu'on est en droit d'attendre d'elle.

Mais quand cette société n'a pas les moyens de satisfaire à ces désirs, un gouvernement vraiment responsable doit, en conscience, prendre les mesures qui s'imposent pour les lui procurer. Il n'y a pas à en sortir. Rien ne sert de tergiverser, ni de s'illusionner; quand on n'a pas la clef, on ne peut pas entrer dans la maison! »¹⁶

¹⁶ Discours d'ouverture de la 1^{re} session de la 41^e législature de l'Assemblée nationale du Québec M. Philippe Couillard, député de Roberval et premier ministre <http://www.premier-ministre.gouv.qc.ca/actualites/allocutions/details.asp?idAllocutions=857>

Il concluait cet extrait en disant :

« Nous qui sommes tournés vers l'avenir, retenons aussi les leçons du passé. »¹⁷

Nous aimerions rappeler au premier ministre, au ministre de la Santé et des Services sociaux, ainsi qu'à tout leur gouvernement, que le gouvernement de M. Lesage qui a procédé à la Révolution tranquille a effectivement pris les moyens pour sortir le Québec de la grande noirceur et le faire entrer dans le XXe siècle.

Il a fait cela en établissant des impôts progressifs aux individus et aux sociétés permettant la mise en place des programmes sociaux comme un système public de soins et services sociaux et de santé, et un système public d'éducation, non en confiant les rênes à des banquiers, en coupant les budgets de dépenses sociales, en tarifant et en privatisant.

Si nous sommes d'accord avec le premier ministre, c'est là-dessus : quand il dit qu'il faut avoir maintenant autant d'audace que lors de la Révolution tranquille.

Et c'est pour toutes ces raisons que nous rejetons le PL 10.

¹⁷ Ibid

ANNEXE 1

Assemblée publique 10 ans de CSSS : quel bilan?

Résumé des présentations et des conclusions des panélistes

https://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=0sCbZICPgac

12 mars 2014, à 19h00,
Centre St-Pierre, 1212 Panet, Montréal

Organisé par :

Coalition solidarité santé

www.facebook.com/CoalitionSolidariteSante

<https://twitter.com/cssante>

www.cssante.com

Tél : 514-442-0577





DAVID LEVINE

Ex-ministre délégué à la santé de Québec, et ex-PDG de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal pendant dix ans, David Levine est présentement président de D.L. Consultation Stratégique, un groupe de consultation en gestion et leadership principalement dans le domaine de la santé.

PRÉSENTATION

La première ligne :

Il y a 40 ans, le problème était d'avoir des médecins de famille; aujourd'hui, le problème est encore d'avoir des médecins de famille; c'est une constante depuis plus de 40 ans, c'est le plus grand problème.

En 1967, le rapport Castonguay-Nepveu recommandait de développer la première ligne, et que les hôpitaux répondent à cette première ligne.

En 1988 la Commission Rochon et en 2001 la Commission Clair recommandaient toutes deux de développer la 1^{re} ligne, mais aussi de décentraliser et de régionaliser; qu'il fallait du pouvoir dans les communautés. Le gouvernement de l'époque ne l'a pas fait, par peur de voir les CLSC et leurs budgets en prévention/promotion et action communautaire se faire gober par les hôpitaux.

En 2003, la réforme Couillard a promis de mettre le patient et la famille au cœur du système, et de développer la 1^{re} ligne avec des médecins de famille et des équipes multi, mais les médecins n'ont jamais voulu. Deux grands dangers pouvaient toutefois en découler: il fallait protéger la santé publique et la promotion, et éviter que les hôpitaux n'accaparent tout l'argent.

Quels ont été les résultats de la réforme Couillard?

- Y a-t-il eu augmentation du volume de services par les médecins? Non. Ils n'en sont pas capables parce qu'ils n'ont pas le bon support professionnel; le support dont ils ont besoin à ce niveau n'est pas technique, mais plutôt au niveau de la délégation d'actes vers d'autres professionnels intervenants : infirmières, sages-femmes, etc.
- Pour les maladies chroniques, comme le diabète, le suivi est meilleur qu'avant, mais ce n'est toujours pas celui souhaité par la réforme, ça ne va pas assez loin.
- A-t-on réduit les temps d'attente? Non. Et rien n'a été mis en place pour y arriver.
- A-t-on réduit les coûts, y a-t-il eu économie? Non, zéro \$!... Dans l'ensemble du système de santé, la plus grande croissance des coûts est allée au salaire des médecins,

sans plus de services, ni plus de suivi, ni plus d'accessibilité.

- Les services sociaux ont-ils été protégés? Oui et non : on a conservé ce qu'on avait avant, mais sans augmentation ni nouveautés.
- Le système est-il plus hospitalo-centrique? Oui. Juste à Montréal, on a près de 7 milliards \$ en constructions d'hôpitaux : CHUM, CUSM, Ste-Justine, Juif, HMR; si ce n'est pas hospitalo-centrique, ça, c'est quoi? Si on tient compte en plus que les lits des CHUs seront privés, ce qui n'est pas le cas en Europe ni ailleurs dans aucun autre pays parce que non nécessaire, ça va coûter encore plus cher à gérer qu'actuellement. Les CHUs sont tellement gros, auront coûté tellement cher qu'il sera politiquement trop sensible de ne pas y mettre encore plus d'argent, on va tout leur passer.
- On consacre aussi plus d'argent à l'utilisation des nouvelles technologies et aux médicaments.

Qu'aurait-il fallu faire?

- Investir réellement dans la 1^{re} ligne : y ajouter beaucoup de personnel;
- Investir dans le milieu communautaire; à Montréal, on investit environ 120 millions \$, mais à mon avis, ça rapporte au moins 500 millions \$. Il a été démontré en Australie que des programmes communautaires en santé mentale pour 18-25 ans étaient les meilleurs.
- Les médecins ont besoin de plus de support pour plus de services; mais le Collège des Médecins refuse les infirmières praticiennes, les sages-femmes, et tout professionnel qui pourrait aider et coûter moins cher, sous prétexte de qualité, alors qu'ailleurs dans le monde, d'autres professionnels font beaucoup d'actes et d'activités réalisés ici par des médecins.

Que conclure?

On peut dire que le volet « réforme de structure » a été fait, mais pas le volet clinique.

L'approche populationnelle, selon les particularités, est encore à faire. Par exemple : sur le tabagisme, une Agence de Santé et Services sociaux devrait pouvoir donner un budget pour développer une intervention spécifique à un territoire donné.

Il ne faut jamais oublier que si la durée de la vie humaine a augmenté au cours des années, ce n'est pas dû au système de services de santé, mais à l'amélioration des habitudes et des conditions de vie. C'est pourquoi la prévention et la promotion doivent s'étendre à l'ensemble des interventions, avec moins d'hôpital, une 1^{re} ligne adéquate et plus de prise en charge.

CONCLUSION

Les mesures de performance doivent être des mesures de qualité pas de volume. Mais on mesure le volume parce qu'on veut réduire les temps d'attente dans les urgences, on veut trois ou quatre visites à l'heure plutôt que deux. C'est inapproprié!

Les relations de travail sont importantes : la Santé et les Services sociaux, c'est un lieu de travail de personnes avec des personnes malades. Si le milieu n'est pas sain, les malades en souffriront. C'est la responsabilité des gestionnaires d'assurer un milieu de vie sain.

C'est vrai que plus c'est gros et grand, plus c'est difficile à gérer. Mais c'est pire ailleurs dans les autres provinces : un seul DG en Alberta, deux au Nouveau-Brunswick, cinq en Colombie-Britannique, mais c'est un mode de gestion ingérable.

Changer le mode de rémunération des médecins, c'est un changement de culture. On ne l'a pas fait en 1970, et pas plus après, parce qu'on a peur des médecins. D'où vient ce pouvoir?... De la population! Et les médecins le savent et l'utilisent.

On n'a pas fini de travailler pour que les médecins soient égaux aux autres dans des équipes multi. Mais c'est possible. On a vu ça, au début des '70, à Pointe-Saint-Charles, au CLSC Métro, etc, où c'était comme ça. On a vu ça aussi chez les médecins qui pratiquaient des avortements. Mais ce n'est pas ce qui est enseigné dans les écoles.

Le réseau public, c'est un droit, pas un privilège! Malgré ses ratés, le système fonctionne bien comparé à ailleurs. C'est le volet accès qui frustre tout le monde. Et on fait peur à la population en lui racontant qu'elle n'aura peut-être pas de services.

La vision proposée pour les fusions était correcte. La mise en place s'est mal faite. Et les médecins se sont retrouvés au sommet de la pyramide, ce qui n'est pas très bon pour opérer un changement de culture.



JOHANNE ARCHAMBAULT

Possédant plus de 13 années d'expérience comme cadre supérieur en CLSC puis en CSSS, elle a piloté plusieurs projets provinciaux, dont l'Observatoire québécois des réseaux locaux de services pour soutenir l'actualisation des changements proposés par la réforme de 2004.

PRÉSENTATION

Les résultats des fusions :

Des investissements en 1^{re} ligne, il s'en est fait :

- Vers des populations vulnérables : santé mentale (il y avait très peu d'argent), maladies chroniques, déficience intellectuelle, jeunes en difficultés, aînés, personnes avec cancer;
- Investissements ciblés, sans marge de manœuvre pour adapter si les conditions de la région n'étaient pas les mêmes;
- La nature et les modalités de services étaient entendues au départ, sans flexibilité, impossibilité d'adapter;
- Peu d'investissements dans les services courants; malgré la poursuite du virage ambulatoire, il n'y a pas eu plus de services infirmiers; même chose pour les services psychosociaux de base; par exemple, l'accueil psychosocial a eu de nouveaux mandats, mais sans nouveaux budgets ni ressources. Les services courants n'ont pas connu l'évolution ou le développement qu'on est en droit de s'attendre du développement d'une 1^{re} ligne.

Sur la volonté de répartir différemment les budgets entre les missions fusionnées (économiser là pour réinvestir ici, et développer les services) :

Ça n'a pas marché, ça ne s'est pas produit, il n'y a pas eu de redistribution, et les budgets des hôpitaux et des CHSLD ont eu plutôt tendance à s'accroître; il n'y a pas eu de transfert budgétaire de la 2^e et de la 3^e ligne vers la 1^{re}.

Sur l'amélioration du continuum de services :

- Pour certains services, il y a eu amélioration, mais moins pour d'autres, et il subsiste encore beaucoup d'écueils; par exemple en santé mentale, la vision et les perspectives sont très différentes entre les médecins spécialistes, les médecins de famille, les intervenants sociaux, le milieu communautaire; il y a eu mise en place de services, mais pas à la hauteur des attentes;
- On a vu apparaître des rôles spécifiques; par exemple :
 - des gens s'occupant du continuum de services, parfois plus comme gestionnaires de cas avec les Personnes âgées, mais ce fut très variable d'une région à l'autre (certaines plus, d'autres moins);

- des coordonnateurs de réseau intégré : leur attention était centrée sur le continuum de services;
- des équipes d'intervention multi-établissements : souvent plus pour accompagner les familles, surtout celles qui ne remplissaient pas tous les critères;
- « quelques » équipes inter-organisationnelles, dans l'objectif de travailler multi-réseaux : Santé et Services sociaux, communautaire, municipal, éducation. Cela permettait aux citoyen-ne-s de se référer à une seule organisation plutôt qu'à trois ou quatre. En jeunesse, des équipes CSSS / Centre jeunesse / communautaire / école ont réalisé d'excellentes interventions dans des quartiers défavorisés, avec moins de ressources et de façon plus intégrée. Même chose en déficience intellectuelle : réadaptation / communautaire / CSSS ensemble ont constitué une seule et même équipe; en santé mentale, une équipe de services intégrés a inclus des intervenants logement.

L'actualisation de la responsabilité populationnelle :

Ce concept est demeuré à compréhension variable; très théorique au début, on l'a laissé aux milieux pour appropriation. On commence à peine à se servir des données populationnelles, mais on n'est pas encore à l'étape de les utiliser pour prioriser les services. Ce n'est pas encore intégré dans les organisations, il n'y a pas encore eu de changements dans les pratiques. Des habiletés sont requises pour travailler ainsi, et elles n'étaient pas maîtrisées, du moins pas au début.

L'augmentation des cadres :

Elle a découlé de la taille importante des organisations, de l'étendue et de la diversité des programmes (toutes les populations, toutes les problématiques imaginables, d'une complexité impressionnante), et du fait que le personnel-cadre s'occupait à la fois du contenu clinique et de la gestion.

Le travail en réseau local de services :

Il s'est réalisé un peu plus d'intersectorialité qu'avant, par exemple logement / sécurité publique / municipal, mais c'est encore à la marge. Ça a souvent reposé sur des initiatives individuelles. Pour un suivi, ça prendrait une structure, ça fonctionne quand il y a un budget dédié.

Les conseils de partenaires du réseau local:

Ils ont disparu lentement, parce qu'ils servaient principalement de « marketing » pour les CSSS, de lieu de présentation de leurs services, il ne s'y prenait pas de décisions communes.

La participation citoyenne :

Il y avait un objectif clair d'accroître la participation citoyenne dans le système de Santé et Services sociaux. Il y a bien eu des comités d'usagers assez diversifiés, avec beaucoup de problèmes et problématiques, représentant différentes couches de la population. On a souhaité des pairs aidants; par exemple

en santé mentale, il y a eu contribution des citoyen-ne-s dans les services. Mais règle générale, les citoyen-ne-s sont demeurés très absents, leur participation n'est pas au rendez-vous.

Que conclure?

Le changement entraîné par les fusions a été d'envergure, on en a sous-estimé l'ampleur. On aurait dû le faire par étape, ça aurait peut-être été plus gérable. Avec comme résultat qu'il y a trop peu de prévention, tout est très hospitalo-centrique. Et même si on ajoutait des ressources dans ce qui est là, on n'y arriverait pas : il faut travailler en amont.

CONCLUSION

À ne pas oublier : il y a trois niveaux à aligner ensemble : national, régional, local.

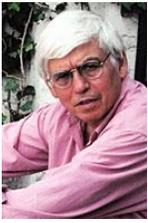
Le médecin de famille : faut relativiser ce besoin, parce que le médecin de famille n'est pas nécessaire quand on est en bonne santé et qu'on a un seul examen à passer en 3-4 ans.

Les proches préfèrent souvent héberger leurs proches malades plutôt que d'avoir des services à domicile, parce qu'ils sont ainsi moins préoccupés par ce qui arrive, ils sont moins inquiets.

Le personnel : sa santé ne va pas bien, parce qu'il y a peu de soutien réel. Partout, il y a eu perte de sens dans le travail. Ça joue un rôle important dans la mobilisation ou non du personnel. Questionnés sur les raisons de la réforme, les gestionnaires répondaient : « Parce qu'il fallait la faire! » Ça n'aidait pas à trouver du sens à son travail!

On a redirigé des citoyens autrement qu'avant, ça a changé les pratiques. Des besoins différents sont apparus, sans qu'on offre de réponses.

Ce qui est fait par les gestionnaires n'est pas toujours pensé et réfléchi. L'exemple de l'offre de services à la périphérie du territoire obligeant à plus de déplacements, entraînant mois d'accès, moins de proximité, ça n'avait pas été pensé pour ça. Trop de changements concomitants ont complexifié les choses. Ajoutons le manque de connaissances et d'habiletés pour gérer ça, et... voilà le résultat!



ANDRÉ-PIERRE CONTANDRIOPOULOS

Professeur titulaire au Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal, affilié à la Chaire sur la gouverne et la transformation des organismes de santé, au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé et à l'Unité de santé internationale – Université de Montréal.

PRÉSENTATION

45 ans après le rapport Castonguay-Nepveu, 10 ans après les fusions et la création des CSSS, qu'est-ce qui a changé?

Au fond, peu de choses pour les personnes malades et pour les personnes inquiètes.

Chaque individu dépense 5 500\$ par année pour des services de santé; pour une famille de quatre personnes, c'est 22 000\$ par année.

Partout et depuis plus de 40 ans, on dit et on répète qu'on va intégrer, mais que veut le patient? Il veut :

- Être accueilli
- Être observé
- Être écouté
- (surtout) être rassuré
- Être diagnostiqué et traité
- Être orienté devant le processus de la maladie
- Être suivi
- Avoir des gens attentifs aux problèmes qui ne sont pas guéris, comme les maladies chroniques, il veut être accompagné
- Qu'on fasse attention à la prévention.

Alors, au regard des attentes du patient, que dire de la réforme de 2003?

En général, ça ne marche pas! Et quand ça marche, c'est parce que :

- Il y a une confiance mutuelle entre les professionnels et la communauté (ils sont connus et reconnus par les gens, donc, il y a confiance);
- Le réseau est responsable vis-à-vis une population définie, soit en donnant des services, soit en s'assurant que les services soient donnés (par ex en accompagnant);
- Il y a un haut niveau de coopération entre intervenants et professionnels soignants du réseau;
- Il n'y a pas de rupture entre santé, prévention et services sociaux;
- La gamme de services dispensés dépend des compétences des professionnels et des réseaux; on sait

s'adapter aux contraintes et aux compétences qui existent dans les régions; on accepte les différences entre les régions; c'est ce qui fait que les CSSS fonctionnent mieux dans les autres régions qu'à Montréal;

On a fait des réformes de structures, mais pas ce qu'il faut pour permettre de modifier les pratiques du personnel médical, des professionnels, des gestionnaires, des médecins.

Il faut inverser la légitimité du pouvoir actuel : payer plus les médecins de la première ligne que les spécialistes.

Mais évidemment, comme le disait Martin Luther King :

« L'histoire est la longue et tragique illustration du fait que les groupes privilégiés cèdent rarement leurs privilèges sans y être contraints. Il arrive que des individus soient touchés par la lumière de la morale et renoncent d'eux-mêmes à leurs attitudes injustes, mais les groupes ont rarement autant de moralité que les individus. »

CONCLUSION

Les systèmes de santé et d'éducation sont les miroirs de la société. Ils accaparent 65% des budgets du gouvernement. Si le système de santé est inéquitable, ne s'occupe pas des droits des plus démunis, n'est pas respectueux de la dignité humaine, alors c'est que la société tout entière est comme ça.

Actuellement, notre système dysfonctionne beaucoup pour les plus vulnérables, à l'image de notre société. On doit trouver la prise pour changer les choses. Le changement de culture implique un changement, un choix de mots à utiliser.

Nous devons renforcer correctement le système de santé pour montrer que la démocratie peut répondre aux besoins de la population.



RENÉ LACHAPELLE

Doctorant en Service social à l'Université Laval, il est aussi professionnel de recherche à la Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire – UQO. Il a été organisateur communautaire au CLSC du Havre et au CSSS de Pierre-De Saurel de 1985 à 2009 et président du RQIIAC de 2002 à 2006.

PRÉSENTATION

De 1972 à 1985 : l'État québécois a été un État entrepreneur de services publics, avec la mise sur pied des CLSC, qui étaient une formule innovante.

De 1986 à la fin 1990 : l'État se voyait plus comme un partenaire; il y a eu développement des groupes communautaires, avec des Régions régionales (RR)

comprenant une participation citoyenne, une participation de partenaires.

Avec la réforme Couillard, on a créé des Agences différentes des RR, avec une gestion axée sur les résultats, la Nouvelle gestion publique, suivant le néolibéralisme. On n'avait plus de *citoyens*, on avait des *clients* à satisfaire, on a remplacé la *qualité de la santé et des services* par la *satisfaction des clients*. En 2003, on avait des Conseils régionaux de développement (CRD) avec une participation citoyenne, surtout dans les régions autres que Montréal : on les a abolis pour les remplacer par des Conseils régionaux des élus (CRE), qui ressemblent plus à des clubs où on se coopte entre amis.

Les sondages rapportent que :

- La population est inquiète et non satisfaite;
- Ceux qui reçoivent des soins et services sont satisfaits;
- Le réseau de Santé et Services sociaux au Québec :
 - Le moins cher au Canada;
 - Le plus égalitaire en termes d'accès aux services;
 - Le niveau de santé de la population est supérieur à la moyenne canadienne.

Quand on dit qu'il y a des problèmes, ça sert immédiatement d'arguments aux promoteurs de la privatisation.

Les relations entre les CSSS et les organismes communautaires vont plus ou moins bien selon la structure de collaboration.

L'organisation communautaire est disparue en certains endroits, mais en général elle est restée. Le vrai problème est dans la grandeur des territoires et des populations. Parce que faire du travail « avec » les gens, ça prend du temps, c'est de l'investissement, et ça prend des niveaux d'appartenance (10-15 000 hab.), des échelles plus humaines que ce qui existe maintenant et qui sert de plateformes pour les hôpitaux. Les fusions ont rendu plus pénible, voire impossible l'enracinement dans les populations. Les mouvements de personnel à l'intérieur d'un même CSSS sur un très grand territoire viennent augmenter le déracinement et compliquer la compréhension des réalités, et la confiance mutuelle nécessaire entre intervenant-e-s et populations.

Les fusions n'ont pas respecté les territoires d'appartenance. On a plus de spécialistes que de médecins de famille et de première ligne. Les Groupes de médecine familiale (GMF) ne livrent pas la marchandise : on y trouve pas plus de services, les heures de services sont égales ou moindres, mais ça nous coûte toujours le même budget sinon plus cher.

Au final, on a plus de curatif, plus de techniques, et moins d'enracinement et moins d'appartenance.

Les programmes d'intervention sont définis par l'État et la Fondation Chagnon (FLAC). C'est la FLAC qui négocie avec le communautaire, qui n'a pas son mot à dire sur les programmes. Les argents sont de plus en plus ponctuels, pour des projets et non pour le long terme.

Il y a contradiction dans les actions de l'État : il dit vouloir développer et soutenir les régions, mais leur retire le pouvoir de décider de leurs services de proximité.

CONCLUSION

Plus encore que les services, les fusions ont bouleversé le personnel à l'interne parce qu'on n'a pas tenu compte des changements et de comment ils étaient vécus par le personnel. On a été brutal. Une équipe de recherche du ministère de la Santé et Services sociaux avait fait les mêmes constats à l'époque dans un rapport au ministère. Rien n'a été fait. La perte de sens dans le travail, c'est majeur. Pour les organisateurs communautaires, le RQIIAC a servi à développer des solidarités, à garder le cap, le sens de ce qu'il y a à faire. Mais pour les autres corps de métier, il n'y a rien eu. C'est dramatique, cet aspect de la loi 25. Il faut renforcer les lieux où les gens peuvent donner du sens à leur intervention.
