

**Version développée du 12 novembre 2014
avec recommandations**

CSSS – 074M
C.P. – P.L. 10
Abolition des
agences régionales
TROISIÈME
VERSION RÉVISÉE

État de situation et analyses prospectifs de l'application du projet de loi no 10

366 jours après
l'adoption du projet de loi n° 10
amendé
Mémoire

[La version initiale a été présentée dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi no 10, Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales]

[Initialement destiné aux membres de la Commission de la santé et des services sociaux]

Préparé et présenté par Georges Tormen, M.A.P.

Version finale

Contenu

Contenu.....	2
AVERTISSEMENT	4
AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION.....	7
1. Accès aux programmes, aux soins et aux services.....	7
2. Des changements apparents et d’autres moins apparents aux yeux du public.....	9
2.1 Élaboration d’un nouveau paradigme pour penser et gérer le système de santé québécois	9
2.2 Réaménagement du quotidien des organisations de santé	11
3. La gestion de la main d’œuvre et le recours aux effectifs à moindre coût.....	12
4. Les CISSS, les hôpitaux, les urgences, les super-cliniques médicales privées, les CLSC, les cliniques médicales privées, les médecins et toutes les autres ressources publiques et privées de santé et de services sociaux.....	16
4.1 Les CISSS	16
4.2 Les centres hospitaliers	17
4.3 Les premières super-cliniques médicales	18
4.4 Les autres cliniques médicales privées.....	19
4.5 Des médecins premiers répondants en mode intervention in situ.....	19
4.6 Urgences-Santé.....	20
4.7 Les superinfirmières.....	20
4.8 Les CLSC.....	20
4.9 Les laboratoires publics et privés, les centres de prélèvements.....	21

4.10 L'imagerie médicale gratuite.....	21
4.11 Les autres ressources de santé et les services sociaux	21
5. Le cas particulier des CHSLD publics et privés : la culture et la société au service de la condition des personnes âgées vivant à la maison ou en établissements de santé publics ou privés	22
6. La représentation patronale des établissements de santé publics	25
7. Des résultats précurseurs	25
CONCLUSION	28
RECOMMANDATIONS	29

AVERTISSEMENT

Les commentaires en provenance de nombreux lecteurs de la 1^{ère} version allaient tous dans le sens de plus de détails sur ce que suggéraient les tendances et ce que le nouvel encadrement légal pouvait avoir comme effets sur l'état de développement de notre système de santé.

La 1^{ère} version contenait l'essentiel. Si la possibilité m'avait été donnée, j'aurais sans doute davantage décrit au ministre de la Santé ce que la conjoncture offre de possibilités pour induire des changements majeurs au sein de notre système de santé et sur les déterminants eux-mêmes de la santé de la société québécoise. Mais cet échange verbal n'a pas eu lieu.

Alors, puisque j'ai suscité votre attention et votre intérêt, je vous présente la version développée du texte de la version initiale de mon Mémoire, en y incluant mes recommandations.

Si vous souhaitez me faire part de vos commentaires, il vous suffira de me contacter à l'adresse courriel suivante : sangest2006@sympatico.ca.

AVANT-PROPOS

Le présent Mémoire constitue un état de situation et une analyse prospectifs¹ de l'après adoption du projet de loi n° 10 (qui sera sans aucun doute) amendé, après que le ministre aura tenu compte des consultations particulières et des audiences publiques de la Commission parlementaire, tenues en octobre-novembre 2014.

Ce mémoire est le résultat d'un travail vigilant d'analyse qui va au-delà de la limite que représente l'interprétation des intentions du législateur et celle des craintes que suscite tout changement.

Notre prospective est une anticipation des décisions qui pourraient être prises à partir d'une analyse des tendances lourdes et des orientations précises qui ont modelé et configuré, suite aux actions des 50 dernières années, le système de santé au Québec², en relation avec l'évolution des besoins en santé de la population et des contraintes qui s'exercent sur tout système de production, y compris la production des biens et de services de santé.

En accordance avec la vision du ministre M. Gaétan Barrette et du Gouvernement libéral de M. Philippe Couillard, remis dans un contexte d'évolution socio-économique, elle (notre analyse) déduit les effets, les conséquences qui découlent du projet de loi n° 10 et devance les actions qui en toute logique devraient être posées, pour atteindre les buts et objectifs désirés³.

¹ La prospective : c'est de se préparer aujourd'hui à demain et concevoir des scénarios réalistes de ce qui est en devenir; voir le lien : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Prospective>.

² Lire *Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec*, Québec, 2009, 181 pages et l'historique du Régime de ;'assurance maladie du Québec; voir le lien : <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/regie/Pages/historique.aspx> et, sa planification stratégique 2013-2017; voir sur le site Santé Canada : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2011-hcs-sss/index-fra.php#a12>, les tendances et changements en santé de santé.

³ Ainsi, si l'on se remet dans l'état des choses du début des années 1960 et que l'on inventorie tous les changements qui ont transformé la Société québécoise, notamment dans les domaines économiques de la santé de la population, de l'évolution des technologies médicales, des lois et des structures mises en place pour « guérir, prévenir et vivre mieux à tous les âges et être prospère », alors on redécouvre le présent actuel dans un courant évolutif qui nous permet d'anticiper, de prospecter et de mettre en place ce que sera demain.

Il faut construire le futur, plutôt que de le subir : le futur du système de santé québécois, s'il a été déterminé par le passé, c'est aujourd'hui qu'il prend forme pour demain, à travers le dialogue démocratique.

Donc, c'est un état futur, possible, plausible, du nouveau système de santé au Québec que je vous présente ici.

En laissant émerger les courants forts et les tendances lourdes de la conjoncture politico-socio-économique actuelle ici et ailleurs dans le monde et en inscrivant notre analyse dans le contexte d'évolution et d'adaptation de notre système de santé aux besoins populationnels, aux contraintes économiques en matière de création de richesses, nous redécouvrons à la fois son passé et son présent, et, nous dévoilons une partie de ce que nous sommes en voie de devenir ou autrement dit, de ce que le système de santé est en voie de devenir.

Dans l'état présent de notre évolution globale il faut, par une analyse vigilante, observer objectivement les opportunités d'adaptation et se projeter dans le futur pour y découvrir les possibles, les probables, les plausibles, les réalisables et ce, à partir des enjeux et des défis que nous pose la société québécoise d'aujourd'hui pour demain.

Ce faisant, nous serons en mesure de dégager une vision du futur désirable et construire, avec ce référentiel en tête, un futur réalisable, appréciable, mesurable et durable, dans une perspective humaniste.

Dans un article de *Le Devoir*, intitulé *Pour un système de santé de qualité pour tous*, daté du 24 février 2012 16h24, de Astrid Brousselle, Damien Contandriopoulos et André-Pierre Contandriopoulos des recommandations sont présentées qui là aussi explore des chemins possibles de l'avenir, en référence au continuum d'application des principes qui fondent notre système de santé et qui lui donnent ce caractère unique et enviable .

INTRODUCTION

Nous partons de l'hypothèse prospective de la prédictibilité d'une série de changements, suite à l'adoption du projet de loi n° 10 amendé.

Voici le scénario que je vous propose, basé sur des données historiques actuelles et dont la visée ou le projet est d'anticiper la prochaine étape d'évolution du système de santé québécois.

Nous sommes au 366^{ème} jour après son adoption.

Précisons que le ministre a tenu compte d'un certain nombre d'avis. Le projet substantiellement n'a pas changé; ceci étant dit, le ministre est davantage conscient des éléments qui concourent à la faisabilité et à la prédictibilité des résultats attendus.

En substance, le projet est demeuré le même, mais les changements prévus à la loi prendront tout leur sens que lorsque le ministre dévoilera les autres changements dont on ignore encore la nature, mais dont on suspecte l'importance.

Des règlements ont été édictés et d'autres le seront sur les modalités de réalisation des plans d'actions.

À ce jour, soit 366 jours après l'adoption de la loi, les nouveaux directeurs généraux et leurs adjoints ont été nommés et sont en fonction depuis plusieurs mois; les nouveaux membres des conseils d'administration des nouveaux CISSS aussi.

Les autres composantes et dimensions du « nouveau » système sont en train de se mettre en place.

1. Accès aux programmes, aux soins et aux services

En apparence, pour la population RIEN n'a changé.

Les professionnels de la santé et les employés des établissements font leur travail comme auparavant et les patients, les bénéficiaires, les usagers et les résidents (peu importe comment on les désigne) reçoivent les soins et les services requis par leur état de santé. Tout le monde le dit : une fois dans le système, les patients sont satisfaits des soins et des services reçus et sont reconnaissants.

Ainsi, dans le nouveau cadre légal, les acquis persistent :

- Le contexte général des valeurs québécoises encadre adéquatement les pratiques dans tous les domaines;
- Les compétences sont toujours en place auprès des personnes qui ont besoin de soins.
- L'ensemble du Québec continue de juger toutes productions de biens et de services (y compris la santé, les services sociaux et les services à la famille) en référence à :
 - ses besoins de consommation,
 - ses perceptions relatives à la satisfaction de la clientèle et
 - aux exigences sociales collectives et individuelles d'amélioration continue de la qualité.
- Il y a recherche de conciliation entre la générosité de cœur et la résilience des Québécois, et, la raisonnable en matière de choix entre les préférences individuelles et les choix collectifs, et l'atteinte d'un niveau d'efficience et d'efficacité qui rentabilise les contributions fiscales, en vue d'un bien-être collectif, éthique, économique et durable qui rencontre les attentes populaires.

Cependant et paradoxalement mais prévisible, les plaintes des usagers et des membres de leur famille ont presque doublé et les Commissaires aux plaintes et à la qualité des services se voient confronter à de gros problèmes de respect des droits des usagers dans le vaste chantier en cours.

Les craintes et les insatisfactions des uns alimentent celles des autres, le cafouillage se fait ressentir encore en matière d'évaluation et de contrôle de la qualité, dans l'utilisation des ressources, malgré les résultats positifs qui n'ont pas la nouvelle.

Comme à leur habitude, les journaux ne manquent aucune occasion de mettre en évidence les failles du nouveau système de santé. Tel est leurs devoirs de prudence et de vigilance.

En fait, ce sont les communications qui sont les plus problématiques et qui sont sources de confusions et de frustrations.

Hélas des réputations sont encore mises à mal !

2. Des changements apparents et d'autres moins apparents aux yeux du public

Le réseau de la santé est une marmite où bouillonnent et mitonnent tout ensemble des émotions, des appréhensions, des valeurs, des volontés et des efforts pour réaliser aujourd'hui un futur, dont la possibilité a été mise en place par la nouvelle loi.

Les changements sont de toutes sortes : changements idéologiques pour adapter la pensée et les théories à la réalité, et, changements de structures, des organisations et des pratiques pour adapter les façons de faire dans le souci constant du bénéficiaire!

Deux ordres de changements en cours ont attirés particulièrement notre attention : le nouveau paradigme émergent et le réaménagement du quotidien des organisations de santé.

2.1 Élaboration d'un nouveau paradigme pour penser et gérer le système de santé québécois

Des changements il y en a eu depuis les années 1960 à 1980, les derniers importants en fin des années '90 et au début des années 2000.

En 2014-2015, c'est un nouveau coup de barre qui est donné avec le ministre de la santé, Gaétan Barrette.

Il y en aura d'autres prévisibles pour modifier les pratiques en vigueur. Ainsi, par exemple, le surdiagnostic dans le réseau fait l'objet depuis un an d'une démarche d'éradication.

La Commission d'examen sur la fiscalité québécoise a produit un rapport crucial. L'implantation des nouvelles modalités de financement ne sera pas une mince tâche et prendra plusieurs années avant d'être totalement opérationnelles; entretemps, les CISSS vivront avec des structures de financement hybrides.

Du nouveau : Le Gouvernement entend donner de l'essor à cette discipline peu maîtrisée encore qu'est l'Économie de la santé.⁴

Pour ce faire, les universités du Québec ainsi que l'ENAP ont été mandatées par le Gouvernement pour élaborer un programme national afin de former les générations de gestionnaires actuels et futurs. On ne peut diriger et gérer le système de santé de l'avenir avec des paradigmes inadaptés et dépassés. Cette matière d'étude sera aussi introduite dans les programmes de tous les professionnels de la santé, incluant les étudiants de médecine.

De plus, le ministre Barrette s'intéresse de très près à la *Charte de Tallinn*, dont la préoccupation est « Des systèmes de santé pour la santé et la prospérité »⁵ et souhaiterait que le Québec soit le promoteur et le chef de file d'une Charte équivalente pour le Québec, voir le Canada et les États-Unis. Le ministre s'est déjà inspiré de modèles américains et reconnaît leurs limites.

Nous n'en sommes plus uniquement à la méthode LEAN et autres déclinaisons, il faut aller plus loin pour aborder globalement la complexité des sociétés d'hyperconsommation et des enjeux associés à la Santé des Québécois.

Les décideurs hésitent encore sur les modes de financement quand il est question de parler de l'économie de marché, du secteur privé de l'économie et des projets en partenariat public privé⁶ (en abrégé : PPP).

En ce qui concerne la Gouvernance⁷ : elle se déploie dorénavant à deux niveaux : le central (le MSSSQ) et le régional (les CISSS).

⁴ Voir le lien : http://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89conomie_de_la_sant%C3%A9.

⁵ Voir le lien de l'OMS : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/88604/E91439.pdf;
<http://www.caducee.net/actualite-medicale/7819/les-ministres-europeens-signent-une-charte-sans-precedent-concernant-les-systemes-de-sante.html>.

⁶ Lire l'article reproduit dans Érudit <https://chaire-mcd.uqam.ca/upload/files/Publications/Veille/privatisation%20en%20sant%20volution%20des%20ides.pdf> : « La transformation des idées sur la privatisation du système de santé québécois depuis 1970 : le passage à un nouveau référentiel sectoriel ? » de Mélanie Bourque et Gaëlle Leruste, in *Politique et Sociétés*, vol. 29, n° 2, 2010, p. 105-129.

⁷ Voir Analyse comparée des mécanisme de gouvernance des systèmes de santé de l'OCDE, Joanne Castonguay, Claude Montmarquette et Iain Scott, CIRANO, Montréal Février 2008; voir site : <http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2008RP-02.pdf>

La nouvelle gouvernance du système de santé et des services sociaux constitue un défi en matière d'application des principes de responsabilisation et de participation-inclusion citoyenne au processus de consultation et d'aide à la décision. La réflexion mise en marche tend vers l'atteinte du plus grand consensus, d'une plus grande visibilité et de plus transparence du processus de choix politique.

2.2 Réaménagement du quotidien des organisations de santé

Mais présentement, au quotidien: ici et là sur le terrain, des changements ont lieu. Ainsi,

- Le bureau de l'ancien directeur général de tel établissement de santé est devenu une salle de réunion multifonctions. Il y a un projet dans l'air d'utiliser la salle du défunt Conseil d'administration de tel autre établissement pour y déménager les activités de Snoezelen : plus d'espace et plus d'aération.
- La réceptionniste du CHSLD a pris plus d'importance; elle est même plus occupée qu'auparavant, car désormais elle est seule à orienter les membres des familles et les visiteurs et à répondre à leurs questions, en les rassurant sur les changements. Voici un court extrait de ses explications :

« Non, il n'y a plus de directeur général sur place, mais vous pouvez rencontrer la coordonnatrice des soins infirmiers qui a remplacé la directrice des soins infirmiers. Vous devrez prendre rendez-vous. Aujourd'hui, elle est en réunion avec les familles et son équipe. Elle pourra sans doute vous aider. Si non, vous pouvez téléphoner au CISSS : il y a une ligne téléphonique spéciale pour répondre aux questions, si vous n'êtes pas satisfaits des réponses que vous avez reçues ici ou si vous êtes malgré tout inquiet. »

- Le directeur des finances et son adjoint, le paie-maître, le technicien aux comptes à recevoir, le technicien aux comptes à payer, le technicien aux approvisionnements, l'agent financier, l'agent des ressources humaines et l'agente de personnel à la liste de rappel ont été transférés au Siège social du CISSS, suite à la centralisation des processus.

- Des protocoles ont été mis en place pour que le Siège Social des CISSS puisse répondre aux questions des employés, le cas échéant; les paies sont virées directement dans les comptes en banque des employés. Toute erreur peut faire l'objet d'une vérification; il suffit de communiquer par téléphone au numéro indiqué ou le faire en ligne, via internet; un ordinateur est mis à la disposition des employés.
- Les officiers du syndicat local continuent de canaliser les inquiétudes des employés, malgré les assurances données par le supérieur immédiat. Ce dernier ne se sent pas à l'aise de discuter des dispositions des conventions collectives nationale et locale, il n'a pas reçu de formation spéciale à ce sujet. Il n'est pas en mesure de discuter, négocier ou s'entendre avec le représentant syndical qui ne fait que ça, même quand il est au travail. Mais plus encore, il n'a pas le temps! Depuis qu'il n'y a plus de technicien, ni de secrétaire ni de directeur ou d'adjoint, sa charge de travail a augmenté et aussi le stress.

Une réunion virtuelle sur FaceTime/Skype aura lieu entre la DRH du Siège social, le chef de service et le représentant syndical.

- Veut, veut pas, le soir, la nuit, les jours de congé férié et les fins-de-semaine, il est celui qu'on appelle quand il y a un problème quelconque dans son service, voire l'établissement.

Les employés du Siège Social du CISSS n'ont ni l'expertise, ni l'expérience, ni la connaissance des lieux et des processus et des conditions locales pour régler le problème. Et puis, ça prend trop de temps pour recevoir des réponses partielles... Il se parle que le ministère entend autoriser les CISSS à payer des primes de disponibilités aux cadres de « proximité », comme on dit maintenant!

3. La gestion de la main d'œuvre et le recours aux effectifs à moindre coût

1. Le projet de loi n°15⁸ a été adopté : le gel des effectifs s'avèrent être un impératif mal paramétré;

⁸ Texte révisé le 14 octobre 2014 -Réflexions sur les fondements et les pièges à éviter du contrôle des effectifs proposé dans le projet de loi no 15 Présenté à M. Martin Coiteux, ministre responsable de l'Administration

- Le décompte des effectifs existaient déjà, via le système de paie.
 - L'optimisation de l'utilisation des effectifs s'avère d'une lourdeur inutile. Quelqu'un quelque part n'a pas compris que la structure de postes et le personnel de remplacement sont dépendantes des volumes d'activités et de l'intensité des besoins, de la répartition de la charge globale de travail et des titres d'emploi, compte tenu de la nature des activités, de l'organisation du travail, des dispositions des conventions collectives, de la variabilité de la présence au travail en relation à l'absentéisme et à la disponibilité des ressources.
2. Le ministre a changé d'avis : il y a des dizaines, voire une centaine, de Commissaires aux plaintes et à la qualité des services⁹, aux niveaux local et régional, qui œuvrent dans tous les établissements de santé publics et privés.
 3. Le ministre est désormais d'accord pour que ceux-ci soient embauchés à contrat, plutôt que de créer des postes additionnels dans le réseau de la Santé; cette mesure va dans le sens de la réduction des postes d'encadrement et des postes de conseils et de la réduction des coûts.
 4. Le ministre a aussi changé d'avis sur l'embauche à contrat des cadres qui ont quitté le réseau, suite aux départs volontaires compensés et aux départs à la retraite.
 5. Ils pourront travailler à contrat pour le réseau de la Santé. Les mandats donnés sont à durée limitée, soit pour remplacer des cadres en maladie à long terme et des congés de maternité et parentaux, soit pour travailler sur des projets spéciaux subventionnés.
 6. Le ministre réalise qu'il y a un bassin potentiel de 1 500 gestionnaires, experts dans divers domaines, et qui représentent une somme considérable de savoir-faire dans tous les domaines. Le ministre considère qu'il aurait tort de s'en priver. Au salaire moyen de 75 000\$ par année avec 3 ans de garantie de salaire, suite à l'abolition du poste, la facture est salée!!!
 7. En dernière analyse, les premiers résultats démontrent que cette gestion des compétences post-emplois s'avère moins coûteuse que le recours aux firmes-conseils. De plus, la mesure va dans le sens du projet de loi n° 15 (devenu loi) pour supporter la démarche du gel des effectifs.

gouvernementale et de la révision permanente des programmes et président du Conseil du trésor Préparé par Georges Tormen, le 12 octobre 2014. Disponible sur demande : sangest2006@sympatico.ca.

⁹ Voir le lien : <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/plaintes.php>;

8. Le contrôle des effectifs et la centralisation des listes de rappel ont entraîné des problèmes à grande échelle : d'où le recours excessif au temps supplémentaire « déguisé » en temps récupéré payé, de sorte que les employés réguliers qui en font sont 1.5 à 2 fois plus absents et remplacés par des employés occasionnels qui n'ont pas l'expérience et l'habitude des bénéficiaires, des pratiques et de la connaissance des lieux. Le ministre songe à permettre le recours à des agences privées de personnel, sous conditions d'autorisation et de contrôle strictes.
9. Ces agences privées, si elles veulent faire affaire avec l'État, seront désormais réglementées, si elles veulent obtenir un contrat dans le système de la santé, dans le cadre d'appels d'offres, notamment en offrant des salaires conventionnés afin d'éviter la surenchère et la migration du personnel des établissements de santé vers le secteur privé : l'utilisation des agences privées permettra d'éviter la création de postes et d'éviter aussi le recours à des occasionnels, afin d'éviter la discontinuité dans les soins et services et de mettre à risque la sécurité des bénéficiaires.
10. Avec RSIPA, le placement des personnes âgées en CHSLD se fait rapidement et ces établissements peuvent ajuster les effectifs requis en fonction de l'intensité des besoins des nouveaux résidents admis. Le dilemme est que la création d'emploi permanent ne permettrait pas d'ajuster, par la suite, à la baisse les ressources requises. Des mécanismes de variations des effectifs sont étudiés. Ainsi, serait constitué un bassin commun d'effectifs qui desservirait chaque CISSS et les établissements qui en font partie.
11. D'où l'importance de la planification régionale et de la gestion prévisionnelle des effectifs : la loi issue du projet de loi n° 15 sur le gel des effectifs ayant été promulguée, un vaste tableau de bord de la fonction *Personnel* par région est en train de se mettre en place; le planning prévisionnel multifactoriel est mis de l'avant. La démarche exige beaucoup de temps et les résultats ne sont pas évidents.
12. Le ministre a reconnu l'importance et demande d'intensifier les processus de révision de l'organisation du travail et de poursuivre l'implantation des méthodes de gestion de la qualité, compte tenu des succès réalisés dans certains CSSS d'avant le projet de loi n°10.
13. Même si la majorité des établissements ont été « décapités » de leur conseil d'administration et de leur Direction, il n'en demeure pas moins que les cadres de proximité sont toujours là même

s'ils n'ont plus de supérieur immédiat présent pour les diriger et acquièrent plus de responsabilités dans la gestion quotidienne des opérations et le contrôle des coûts.

14. Les cadres de proximité prennent du galon dans la hiérarchie, mais sont davantage imputables de leur gestion au quotidien et des résultats. Il leur faudra comprendre davantage les attentes des nouveaux super-patrons localisés au Siège Social du CISSS et disposer des outils pour s'acquitter des tâches administratives et cléricales à distance.
15. Le ministre est conscient de la surcharge de travail et songe même à rehausser la rémunération des cadres de proximité; cette mesure temporaire pourrait devenir permanente, si la complexité de la fonction l'exige.
16. Il y a des études en cours pour modifier la rémunération des cadres supérieurs et des directeurs généraux pour y inclure une partie incitative, comme il se pratique dans le secteur privé, en fonction de résultats tangibles, quantifiables et mesurables.

4. Les CISSS, les hôpitaux, les urgences, les super-cliniques médicales privées, les CLSC, les cliniques médicales privées, les médecins et toutes les autres ressources publiques et privées de santé et de services sociaux

Les Agences ont tôt de disparaître du portrait suite à l'intégration du personnel et au transfert et la prise en charge des dossiers par le MSSSQ et les CISSS.

Même s'il y a eu fusions d'établissements, leur localisation géographique et leur réalité physique n'ont pas changé.

Alors, les portes des hôpitaux, des urgences, des CLSC, des centres de réadaptation sont restées ouvertes et continuent d'accueillir leurs clientèles habituelles respectives. Au niveau des établissements, tout est une question de logistique¹⁰

4.1 Les CISSS

Afin de faciliter la prise de décision, le ministre a allégé la composition de leur conseil d'administration. Cependant, il y aura des comités du conseil d'administration qui feront rapport au conseil de leurs recommandations: de cette manière tous ceux concernés seront consultés et prendront part d'une manière ou d'une autre aux décisions du CA.

Les CISSS possèdent une caractéristique déterminante : l'intégration systémique de toutes les ressources publiques de santé puisque dorénavant, suite aux fusions, il y a alignement des structures et hiérarchisation des niveaux d'intervention.

Les CISSS s'activent à rendre opérationnel et imputable les décisions qui concernent les vecteurs de soins et de services et ont choisi de travailler dans l'ombre en ce qui concernent les services ancillaires¹¹ (ce qui constitue l'infrastructure organisationnelle) aux services de soins.

¹⁰ « La logistique est l'activité qui a pour objet de gérer les flux physiques (ainsi que les données informatives ou financières s'y rapportant) d'une organisation, dans le but de mettre à disposition les ressources correspondant à des besoins (plus ou moins) déterminés, et ce, en respectant les conditions économiques prévues, le degré de qualité de service attendu, les conditions de sécurité et de sûreté réputées satisfaisantes. » Extrait du site : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Logistique>.

¹¹ Le mot ancillaire veut attirer l'attention sur tout ce qui conditionne, prépare et soutient l'exercice des pratiques de soins; voir le lien : http://www.hosmat.eu/materiovigilance/dm_guide_juridique.pdf. Nous pouvons simplifier en parlant de « infrastructures de réalisation tant physiques, organisationnelles qu'informationnelles ».

Les CISSS travaillent aussi pour augmenter l'efficacité et l'efficacités, tout en poursuivant des objectifs de réduction de coûts, sur des projets de centralisation des approvisionnements, sur la centralisation des services alimentaires, sur la redistribution régionale des ressources, les nœuds de convergence¹² des flux de l'information et de services.

L'informatique dans les établissements de santé est aussi l'enjeu majeur qui traîne encore de la patte.

Le succès se mesure par les effets résultant du degré de coordination et de complémentarité inter-établissements en vue d'atteindre la fluidité des flux de bénéficiaires.

À ce jour, la stabilisation, le contrôle, et surtout la diminution des coûts qui est la priorité des priorités et tend à se faire par la révision des modes de financement qui ont cours et la révision de l'ensemble des programmes de l'État et les autres programmes qui bénéficient de subventions.

Les coûts de tout nouveau programme sont désormais planifiés et s'inscrivent dans le cadre d'une économie de la santé. Le processus de révision permanente des programmes a permis à ce jour de connaître de façon spécifique les coûts d'opération, d'évaluer dans une démarche de coûts-bénéfices la valeur ajoutée et de servir d'aide à la décision en fonction des priorités en matière de soins et de services sociaux.

4.2 Les centres hospitaliers

Les centres hospitaliers fonctionnent à pleine capacité : les groupes de qualité réussissent à améliorer les processus : des marges significatives d'économies de temps et d'argent sont désormais assurées.

Les temps opératoires ont augmentés. Les listes d'attente régressent.

Les centres hospitaliers ont vite ressentis les effets positifs de ces mesures, ainsi que la population: il y a beaucoup moins de patients nécessitant des soins de longue durée qui occupent des lits de courte de durée et ceux qui n'ont pas encore réussis à obtenir un rendez-vous chez

¹² Voir le lien : [Groupe de recherche interdisciplinaire sur la gouvernance, les risques, l'environnement, les technosciences, la santé et la société \(GRETESS\)](http://fr.wikipedia.org/wiki/Synergie). Convergence implique Synergie (<http://fr.wikipedia.org/wiki/Synergie>), Hiérarchisation des objectifs, Coordination et Mise en commun.

leur médecin de famille. Il y a aussi, les autres cliniques médicales privées et les bureaux de médecins.

L'hôpital est redevenu un lieu spécialisé de passage.

Le CHUM et le CUSM sont en mesure de réaliser pleinement leurs missions : être des centres hospitaliers à la fine pointe des technologies médicales et chirurgicales, des centres de recherches universitaires, axés sur le curatif.

4.3 Les premières super-cliniques médicales¹³

Les super-cliniques médicales du ministre ont vu le jour en mode PPP¹⁴, mais non, comme préannoncé, dans le secteur public; le secteur privé n'ayant pas su présenter à la population une image rassurante et a manqué sa démarche marketing.

Désormais, elles s'insèrent stratégiquement dans chaque territoire de CISSS et constituent, aux dires du ministre, un vecteur d'organisation et de coordination des autres établissements de santé et des services sociaux publics et privés, de première ligne notamment.

Le ministre n'aura peut-être pas besoin d'en créer 50, compte tenu des effets sur de cohésion et cohérence générés dans le milieu environnant.

Or, le marché de l'offre et de la demande en matière de soins de santé et de services sociaux est à la limite parfaitement élastique, les risques de dédoublement étant élevés, il y a eu nécessité de coordonner toutes les ressources en santé publiques et privées; les comités de coordination sont à l'œuvre.

¹³ Dont les caractéristiques étaient, lors de leur présentation, les suivantes : « Ouvertes sept jours sur sept; engagement à voir les patients à l'intérieur d'un délai de deux heures; de 30 à 40 médecins travaillant avec des infirmières, des physiothérapeutes, des nutritionnistes et des psychologues; ententes avec des spécialistes qui pratiqueraient à l'intérieur de la clinique; services de radiologie accessibles immédiatement; services de laboratoire avec résultats dans les 24 heures»; voir l'article <http://ici.radio-canada.ca/sujet/elections-quebec-2014/2014/03/11/002-parti-liberal-systeme-sante-super-cliniques-infirmieres.shtml>.

¹⁴ PPP : partenariat public-privé.

4.4 Les autres cliniques médicales privées

Dans le but d'éviter l'accroissement des coûts, des décisions importantes ont été prises par le ministre; d'autant plus que, après l'engouement des premiers mois, la situation des urgences ne semblent pas s'améliorer aussi vite que ce qui avait été projeté.

Il y a quelques mois, le ministre de la santé a alors pris les grands moyens :

1. Les walk-in ouverts de 9 heures à 17 heures, du lundi au vendredi, sauf les jours de congés fériés, n'existeront plus comme tel.
2. Toutes les cliniques médicales privées auront 3 ans pour être certifiées par le ministère :
3. Elles devront offrir, dans une zone géographique déterminée dont elles font physiquement partie (qui confine au territoire de chaque CISSS), des soins d'urgence de base, afin de stabiliser les cas et, si besoin est, de les transférer, selon des protocoles établis, vers les urgences spécialisées désignées.
4. Toutes les cliniques médicales privées qui auront été certifiées doivent s'assurer à tour de rôle de recevoir les patients en urgence le soir, la nuit, les congés fériés et la fin-de-semaine et ce, l'année durant. Le ministre a prévu pour les administrateurs de ces cliniques et pour les médecins qui y pratiquent une bonification des rémunérations.
5. De plus, des subventions seront accordées aux cliniques médicales privées pour se doter des équipements, appareils et le personnel requis pour recevoir des patients en situation médicale d'urgence et les stabiliser le cas échéant, avant un éventuel transport vers des ressources appropriées.

4.5 Des médecins premiers répondants en mode intervention in situ

Le renforcement de la mesure a eu des effets bénéfiques : les médecins font partie intégrante de l'équipe constituée des technicien(ne)s ambulanciers(ières) et d'infirmiers(ières) paramédics; en faisant le premier tri, ils sont en mesure sur la base d'un diagnostic d'intervenir médicalement et, le cas échéant, d'orienter le patient en situation d'urgence vers la ressource disponible correspondant au niveau d'urgence diagnostiqué, en recourant à la centrale de coordination des urgences, sinon orienter les patients vers les ressources médicales appropriées du quartier.

4.6 Urgences-Santé

Urgences-Santé est en processus de redéfinition de ses interventions. Le comité de coordination des CISSS, sous l'égide du MSSSQ, en matière de planification, entend intégrer à l'offre globale de soins la séquence des services et des interventions en soins préhospitaliers d'urgence primaires¹⁵, préhospitaliers sur les territoires qu'elle dessert.

*La loi sur les services préhospitaliers d'urgence sera révisée à la lumière des principes d'intégration des soins et services de soins et services sociaux.*¹⁶

4.7 Les superinfirmières

Le nouveau Gouvernement est congruent avec ses promesses. Les cohortes s'organisent et viendront alléger à tous les niveaux les organisations de soins¹⁷. La formation donnée est top niveau et la cohorte des nouvelles superinfirmières en soins de première ligne compensent la pénurie de médecins et contribuent à désengorger le système et à combler les besoins en soins de santé de la population.

Même si les clans corporatifs résistent encore, le ministre est intransigeant et s'attend que celles-ci puissent s'intégrer harmonieusement à tous les niveaux du nouveau système de santé.

4.8 Les CLSC

Dans la nouvelle configuration, le rôle des CLSC mérite une attention particulière : poste de vigile et d'avant-garde en ce qui concerne la santé publique!

Aussi, un comité de travail a été constitué pour repositionner les services offerts¹⁸ par cette organisation de soins et de services sociaux; elles devront redéfinir leur rôle en matière de

¹⁵ Soins de santé primaires et la réforme canadienne, voir lien : [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/about-
apropos-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/about-
apropos-fra.php)

¹⁶ Soins de santé primaires, soins de 1^{ère} ligne, soins généraux; voir le document intitulé « Les soins de santé primaires au Canada » par L.H. Trottier, M.-A. Fournier, Ch. P. Diene et A.-P. Contandriopoulos, GRIS, U de M, 2003

¹⁷ Idem; voir note précédente.

¹⁸ Les CLSC font partie intégrante des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et offrent des services de santé et des services sociaux dans leurs installations, mais aussi à l'école, au travail et à domicile.

Parmi les services offerts, on compte : des services de santé et des services sociaux courants (soins infirmiers, prélèvements, vaccination, pilule du lendemain, etc.) ; des services de nature préventive ou médicale à la population de son territoire (consultation médicale avec ou sans rendez-vous) ; des services de réadaptation et de réinsertion à la population du territoire ; des activités de santé publique; voir le lien :

<http://www.santemontreal.qc.ca/ou-aller/clsc/>.

soins primaires et développer des complémentarités et des synergies avec les cliniques médicales privées et la Santé publique.

4.9 Les laboratoires publics et privés, les centres de prélèvements

Une étude indique l'intérêt de privatiser une partie des laboratoires de santé et des centres de prélèvements des hôpitaux et des CLSC.

Des analyses avantages-désavantages-coûts auraient aussi démontré la rentabilité de l'impartition.

4.10 L'imagerie médicale gratuite

L'estimation des coûts de 30 millions sur 3 ans est passée à 50, mais le phénomène de raccourcissement des délais a effectivement été généré.

Ainsi, tous les services d'échographie, de résonance magnétique et de scan dans des cliniques situées à l'extérieur des hôpitaux sont « gratuits » i.e. assumés par l'État : le patient n'a plus qu'à présenter sa carte d'assurance maladie.

4.11 Les autres ressources de santé et les services sociaux

Les unes et les autres ont pour mission commune de réinsérer le plus rapidement possible le bénéficiaire dans son milieu habituel.

Le ministère de la santé et tous les autres ministères travaillent en complémentarité pour cicatriser et réhabiliter le tissu social, afin que le bénéficiaire âgé se réapproprie toutes les prérogatives d'être un citoyen qui aspire à vivre dans sa maison, son appartement, sa rue et son quartier.

Il en est de même des autres citoyens dans le besoin.

Ici, l'aide de l'État s'avère précieux et déterminant.

Les aidants naturels feront l'objet d'une attention spéciale, a annoncé le premier ministre.

Les médecins de famille, de quartier, font aussi l'objet d'une attention soutenue du ministre lui-même. Il y a un peu plus de 10 ans, 60 % des médecins formés à McGill désertaient le Québec¹⁹.

Le Gouvernement a fait sienne l'idée de la CAQ²⁰ d'obliger les jeunes médecins quitte la province à rembourser l'État et le premier ministre entend créer l'obligation de travailler pendant 5 ans dans le système de santé québécois avant d'avoir la possibilité de le quitter.

5. Le cas particulier des CHSLD publics et privés : la culture et la société au service de la condition des personnes âgées vivant à la maison ou en établissements de santé publics ou privés

Le ministre de la Santé a repris les mémoires déposées et le travail inachevé de la défunte *Commission de la santé et des services sociaux* sur les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée (septembre 2013).

Le ministre a demandé à son équipe qu'on lui fasse un rapport et des recommandations qui cadrent avec le nouveau paradigme en santé qui est en voie de s'implanter et qui commence à donner des résultats positifs.

Le ministre a pris connaissance des documents produits par l'AQESSS, en 2013, intitulé *Le nouveau visage de l'hébergement public au Québec Portraits des centres d'hébergement publics et de leurs résidents* et reconnaît la qualité du rapport et l'apport de cette association à l'harmonisation des discours, des pratiques et des savoir-faire.

Parmi les nombreux éléments retenus des Mémoires, mentionnons²¹ quelques-uns :

¹⁹ <http://www.ledevoir.com/non-classe/24773/60-des-medecins-formes-a-mcgill-desertent-le-quebec> et aussi cet autre article de 2012 : <http://fr.canoe.ca/infos/quebeccanada/archives/2010/05/20100503-045900.html>.

²⁰ Les médecins qui quittent le Québec doivent rembourser l'État, dit Legault Le chef de la CAQ serait prêt à avoir recours à la clause dérogatoire in Le Devoir 29 août 2012 par Kathleen Lévesque; voir site : <http://www.ledevoir.com/politique/quebec/357986/les-medecins-qui-quittent-le-quebec-doivent-rembourser-l-etat-dit-legault>.

²¹ Extraits de Mémoire 2^{ème} partie de 3 « *La culture au service du milieu de vie substitut* » présenté Georges Tormen, directeur général par intérim de l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc., le 19 février 2014. Sauf les textes insérés entre crochets : [texte]. Texte disponible sur le site de la commission sur les services de santé et les

1. *Mette sur pied un centre d'études et d'actions prospectives sur les modalités de création d'un milieu de vie substitut en CHSLD, permettant entre autres la révision des Orientations ministérielles ... de 2003, à la lumière des rapports d'agrément, des visites ministérielle d'évaluation du milieu de vie substitut, des plaintes colligées par les commissaires aux plaintes et à la qualité des services et des rapports de coroner dans le but de mettre en place un nouveau cadre d'intervention compte tenu de la spécialisation de plus en plus poussée des CHSLD publics où le milieu de vie substitut des résidents est aussi un lieu de fin de vie.*
2. *Entreprendre une démarche de consultation élargie afin d'étudier les impacts de l'implantation des dispositions du projet de loi... en ce qui concerne la localisation sur le territoire, la construction, la rénovation et le réaménagement des habitats qui favorisent, et le maintien à domicile et une meilleure intégration présente et future des CHSLD-Milieu de vie substitut, et une plus grande participation communautaire dans les conditions de vie des personnes âgées.*
3. *Créer des enveloppes monétaires pour garantir la transformation des CHSLD qui en font maintenant un lieu public de dernier recours et de fin de vie.*
4. *Intégrer le bénévolat dans le programme d'éducation civique des écoles afin de conscientiser et faire participer les élèves à des activités de bénévolat auprès de nos personnes âgées en CHSLD, compte tenu de l'importance de leur contribution à leurs conditions de vie.*
5. *Subventionner des projets de bénévolat en CHSLD issus de la communauté et des écoles;*
6. *S'assurer que les CHSLD publics non regroupés à vocation unique... [s'intègrent progressivement et harmonieusement dans le cadre des CISSS tout en priorisant leur clientèle respective];*
7. *Maintenir la centralisation de l'hébergement via... [un Service commun d'admission à tous les CISSS, afin d'assurer une démarche globale et non territoire par territoire de CISSS, pour tenir compte de la réalité des migrations territoriales.]*
8. *Subventionner les projets de révision de l'organisation de travail dans les CHSLD en relation avec les nouvelles catégories de résidents admissibles.*
9. *Préserver de toutes diminutions les budgets de formation des CHSLD, voire les augmenter (y inclure les coûts de remplacement), si l'on veut habiliter les employés à s'investir davantage dans le milieu de vie substitut.*

services sociaux:

http://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique_80521&process=Default&token=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWwKwg+vIv9rjij7p3xLGTZDmLVSmJLoqe/vG7/YWzz

10. *Rendre complémentaire les normes et pratiques organisationnelles requises d'Agrément Canada et du Conseil québécois de l'agrément, et, celles demandées dans le cadre des visites ministérielles d'évaluation du milieu de vie substitut en CHSLD.*
11. *Informier et insister auprès des proches de l'importance du rôle d'accompagnement, de la présence aux réunions et aux activités.*
12. *Développer des actions concertées tant au niveau national qu'au niveau local pour augmenter la responsabilisation et la participation à l'accompagnement des résidents par les proches.*
13. *Penser autrement le concept physique et l'architecture du CHSLD, ce faisant l'accessibilité et l'intégration à la communauté en seraient facilitées et améliorées.*
14. *Mettre en place un mode de gestion de la communication d'informations du MSSSQ qui assure non seulement la transparence et la fiabilité des informations rendues publiques, mais la mise en séquences des interventions, la démonstration publique de la démarche concertée, responsable, professionnelle et imputable des porteurs de dossiers de qualité, la responsabilisation de l'image médiatisée, ce qui éviterait la récupération à d'autres fins.*

Dans le cas, des établissements qui possédaient un statut linguistique et ethnique distincts, le ministre entend par règlement créer un *Conseil consultatif* afin de préciser l'évolution des besoins socio-sanitaires des populations ethno-linguistiques distinctes, italiennes, polonaises, chinoises et juives, pour nommer que les plus importantes, et s'assurer que le milieu de vie substitut dans les anciens **CHSLD non regroupés à vocation unique** préserve la culture et la langue dans lesquelles s'insèrent les activités de la vie quotidienne et qu'une transition sans heurts se fasse suite à la disparition de leur conseil d'administration et leur direction. Les Fondations de ces établissements pourront continuer à faire de levées de fonds dont l'utilisation respectera leur raison d'être spécifique.

Il n'en demeure pas moins que les CHSLD publics sont des établissements ouverts à toutes les personnes qui dans le périmètre territorial du CISSS ont besoin de soins et services.

Les résidences privées pour personnes âgées et les CHSLD privés et privés conventionnés devront se conformer aux nouvelles dispositions prévues par règlement tant sur les clientèles, l'aménagement architectural, la sécurité, que le financement et les exigences de qualité.

6. La représentation patronale des établissements de santé publics

Il ne reste plus à l'AQESSS qu'une dernière année pour convenir avec le ministre d'une modalité différente de représentation patronale, maintenant que les établissements-membres n'ont plus d'existence juridique et que seuls les CISSS font partie du portrait.

Les associations patronales des établissements privés, elles, sont florissantes, c'est dire que les établissements de santé privés sont florissants.

L'AQESSS est un protagoniste important depuis des décennies et son rôle historique a été de consolider les savoirs, les expertises, de servir de support à l'application des lois, règlements, conventions collectives et répertoires des conditions de travail, et, de représentation patronale dans les diverses négociations. Sa critique constructive des dossiers a fait avancer les consensus vers des actions concertées et des réalisations mesurables.

Le sort des autres associations patronales publiques passent indubitablement par celui de l'AQESSS : là aussi, fusions et intégrations ?!

7. Des résultats précurseurs

Au 366^{ème} jour de la mise en application de la nouvelle loi, il y eu la fermeture de plusieurs CHSLD publics compte tenu de la vétusté notamment de leurs installations, ce qui a permis à la région de Montréal de fermer 387 lits des 1500 lits excédentaires.

Par contre, du côté du privé, il y a de plus en plus de résidences pour personnes âgées, dont certaines se spécialisent et offrent des soins et des services à une clientèle très hypothéquée; ces établissements sont plus que des CHSLD et ressemblent davantage à des hôpitaux gériatriques. Le Gouvernement entend étudier les besoins du marché et le réglementer, s'il le faut. Dans le domaine de la santé, l'État et l'entreprise privée ne sont pas des concurrents, mais des secteurs d'activités complémentaires.

Les baisses de coûts escomptés avec la disparition des Agences de santé et les postes de cadres abolis ne se sont pas encore réalisés, si l'on comptabilise l'ensemble des dépenses inhérentes aux changements. Mais si l'on dissocie les dépenses d'investissement et les dépenses associées à la sécurité

d'emploi, à la stabilité d'emploi, aux primes de départ prévues aux conventions collectives et aux répertoires des conditions de travail, un écart est en train de se préciser.

Cependant, il faut éviter l'explosion des coûts de l'informatisation du dossier de santé et les coûts des nouvelles technologies dans le domaine de la santé.

Il y a de plus en plus de médecins qui acceptent des postes d'encadrement supérieur; ce qui fait craindre une approche axée sur le médical et l'hôpital. Le ministre se fait rassurant. Ces médecins ont suivi un programme de formation spécifique pour diriger et gérer, selon les exigences de l'économie de la santé.

Le ministre n'a pas aimé les sorties de la presse sur des problèmes d'accessibilité et de qualité dans les établissements de santé. Aussi, a-t-il chargé son ministère de renforcer ses contrôles sur la gestion des opérations : des contrôleurs seront nommés pour aller faire rapidement enquête sur place et rencontrer les administrations locales afin d'identifier les solutions requises, les délais de mise en place, les problématiques particulières et faire rapport au ministre. Le ministre veut montrer à la population son intolérance relativement à la procrastination. La gestion des communications et de l'image publique sont désormais des impératifs si le Gouvernement veut conquérir la confiance de la population.

La RAMQ, la SAAQ et la CSSTQ, notamment, sont en processus de révision ainsi que tous les programmes qui ont impacts sur les coûts de santé.

Le ministre de la Santé et le président du Conseil du trésor surprennent positivement ! D'abord, les négociations patronales-syndicales dans la Santé, quoique ardues, vont bon train. Il y a eu des rapprochements substantiels. Les Syndicats sont prêts à signer un nouveau Pacte social avec le Gouvernement. Les protagonistes ont su, jusqu'à maintenant, éviter le dérapage et la confrontation.

Ensuite, le ministre entend, à la manière d'un vaste *Conseil national de la Santé*, s'associer les fonctionnaires de la Santé (les sous-ministres, les patrons des CISSS), le monde des affaires, les ordres professionnels, les établissements d'enseignement, le Protecteur du citoyen, le Curateur, les syndicats et divers représentants de la population, les représentants de la presse, pour redéfinir les enjeux de la santé et les moyens d'identifier les attentes de la société québécoise, de les financer et de les réaliser.

Le ministre a proposé que l'Action sociale, dont le bénévolat des écoliers dans les CHSLD publics et dans le reste de la société, soit subventionnée afin permettre aux personnes âgées vivant dans leur

résidence ou en CHSLD d'avoir un milieu de vie en synergie avec la vie de quartier, grâce à la présence de bénévoles de tous âges.

CONCLUSION

Au 366^{ème} jour de l'application du projet de loi no 10 amendé, les résultats sont positifs.

Au niveau des mentalités, il y a encore des poches de résistance, mais les changements progressent lentement et inévitablement. Ils s'inscrivent au sein de l'évolution des courants forts et des tendances lourdes des 50 dernières années qui, par induction²², conduisent à l'expression de ce qu'il est possible aujourd'hui pour demain de faire; les conditions d'expression et de réalisation étant présentes.

Le temps des prises de bec n'a pas laissé de séquelles, le temps des réflexions poursuit sa démarche de consultation.

Les discours s'inscrivent dorénavant dans le cadre des nouvelles structures et les nouveaux modèles de gestion alimentent les pratiques et conditionnent les décisions et vice versa.

Le temps des résultats passe par l'action planifiée imputable, équitable et durable.

Le Québec est à un autre tournant de son histoire. La Santé se porte bien.

Le ministre connaît la force de cohésion du dialogue démocratique et entend dire son mot et être à l'écoute.

Pour mettre en évidence la convergence des actions proposées dans notre scénario prospectif, la présente version du Mémoire contient des recommandations, en faisant l'hypothèse que chacune des actions possibles comportent son poids de pertinence dans la hiérarchie des priorités et dans l'expression de ce qu'il est possible de faire ici et maintenant, au carrefour de tous les possibles.

²² Voir le lien : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Induction>.

RECOMMANDATIONS

Accès aux programmes, aux soins et aux services

1. Que le MSSSQ entreprenne une campagne d'information, après l'adoption de Loi, pour assurer la population de l'accessibilité des services;
2. Que le MSSSQ soit informé rapidement par l'entremise des CISSS des plaintes formulées via les Commissaires aux plaintes afin de s'assurer que des interventions sont faites rapidement pour respecter les droits des usagers et identifier les sources des défaillances en matière de soins et services dans les établissements.
3. Que le MSSSQ instaure une ligne téléphonique pour recevoir les appels des citoyens sur leurs motifs de plaintes.
4. Que le MSSSQ mette en place un mode de gestion de la communication d'informations du MSSSQ qui assure non seulement la transparence et la fiabilité des informations rendues publiques, mais la mise en séquences des interventions, la démonstration publique de la démarche concertée, responsable, professionnelle et imputable des porteurs de dossiers de qualité, la responsabilisation de l'image médiatisée, ce qui éviterait la récupération à d'autres fins.
5. Que le MSSSQ s'associe à toutes démarches de reddition en matière d'agrément de la qualité par une démonstration de l'accompagnement par les CISSS des établissements qui font l'objet de « réprimandes »; une information sur le site internet du MSSSQ ne suffit pas.
6. Comptabiliser les coûts et les économies à venir, avec échéancier, de la dispartion des Agences de santé.

Élaboration d'un nouveau paradigme pour penser et gérer le système de santé québécois

1. Tenir compte des caractéristiques des sociétés d'hyperconsommation en matière des soins de santé et de services sociaux et à la famille pour identifier les « priorités de fait » des citoyens du Québec.
2. S'assurer que les dirigeants et gestionnaires possèdent ou acquièrent les connaissances de base en formation « Économie de la santé » : il ne suffit pas d'avoir des principes, des valeurs et des connaissances pour occuper et « performer » dans un poste de gestion. Il faut encore que les principes, les valeurs, les connaissances soient de nature à rencontrer les exigences d'une gestion responsable et imputable en ayant comme référentiel les besoins en santé dans le cadre d'une économie de la santé.
3. S'inspirer de la Charte de Tallinn pour pour l'intégrer dans le nouveau paradigme de la gestion de la Santé.
4. Créer une occasion pour associer les nouveaux décideurs sur les caractéristiques de la Gouvernance à deux paliers et sur les modalités d'implication nouvelles et participation citoyenne de la population.

Réaménagement du quotidien des organisations de santé

1. S'assurer avec rigueur que, au niveau de chaque établissement, de l'information en provenance du MSSSQ/CISSS soit diffusée auprès des patients, les visiteurs, et le cas échéant, les membres des familles, ainsi auprès des membres du personnel syndiqué et auprès de cadres de proximité, afin que ceux-ci soient à la merci des rumeurs.
2. Dans les communications avec les employés d'établissements, s'assurer d'utiliser les technologies nouvelles de communication (Skype, FaceTime, Intranet, ligne téléphonique INFO, Facebook, Twitter, etc.) pour canaliser les demandes d'information et recevoir rapidement des réponses.
3. Rapatrier les contrats d'approvisionnements afin de déterminer la durée des contrats et retourner rapidement en appel d'offres publics et bénéficier encore plus d'économie d'échelles.
4. Centraliser la production des paies au niveau du CISSS pour les mêmes raisons qu'au point 3.
5. Habilitier les chefs de proximité dans leur gestion quotidienne à comprendre l'impact des dispositions des conventions collectives nationales et locales, compte tenu des impacts monétaires des interprétations, compréhensions et mises en application de ces dernières;
6. S'assurer que les chefs de proximité puissent être priorisés dans les communications avec le Siège Social du CISSS.

La gestion de la main d'œuvre et le recours aux effectifs à moindre coût

1. Étudier la faisabilité de créer des listes de rappel centralisé aux CISSS.
2. Recourir, si le besoin est justifié, à des contrats de services avec des agences de personnel privées qui auront été certifiées par le MSSSQ et/ou qui rencontreront des exigences précises pour pouvoir obtenir un contrat suite à un processus d'appels d'offre publics.
3. Recourir, si le besoin est justifié, à des cadres retraités pour des remplacements à durée déterminée (travaux subventionnés, remplacement d'absences-maladie moyen et long termes, congés parentaux, etc.); sur autorisation du ministre et avec contrats.
4. Embaucher des candidats, par concours, pour la fonction de Commissaire aux plaintes et à la qualité des services à contrats et ne pas en faire des employés syndiqués, professionnels ou cadres de l'État.
5. Créer un secrétariat commun pour les cadres de proximité des établissements du CISSS, afin d'éviter que ceux-ci utilisent leur temps à des travaux de secrétariat.
6. Inclure dans la rémunération des Directeurs généraux, leurs adjoints et les directeurs des CISSS une partie incitative, une fois que la rémunération salariale aura été ajustée à un niveau inférieur; le montant octroyé dans le cadre de la rémunération incitative sera en relation avec les buts concrets, quantifiables, mesurables en termes de réduction des dépenses, de réalisation d'économies et d'évaluation de performance, selon les critères définis par les Conseils d'administration des CISSS et le MSSSQ.

Les CISSS, les hôpitaux, les urgences, les super-cliniques médicales privées, les CLSC, les cliniques médicales privées, les médecins et toutes les autres ressources publiques et privées de santé et de services sociaux

1. Identifier les établissements dont la vétusté et les coûts d'entretien constituent une entrave à fournir des soins et des services dans un milieu physique approprié et procéder à des analyses avantages-désavantages-coûts pour décider du maintien ou non de ces installations.
2. Mettre immédiatement la priorité sur la logistique de l'accessibilité des services, puisqu'il s'agit de la raison d'être de la nouvelle loi.
3. Créer un Conseil National de la Santé qui réunira tous les groupes représentatifs de la Société (membres du MSSSQ, dirigeants des CISSS, représentants du Patronat, représentants de Syndicats, représentants des Universités et autres établissements d'enseignement, représentants de ordres professionnels, journalistes, représentants de la population, etc.) et qui servira de plate-forme d'aide à la décision et dont s'inspirera le ministre de la Santé et le Gouvernement pour faire des choix, prendre des décisions, etc.
4. Alléger les Conseils d'administration des CISSS et faire siéger des membres du CA et des non-membres du CA sur les Comités de Conseil d'administration relativement aux affaires du CA qui concernent les obligations régulières des CA des établissements de santé.
5. Créer la Table de concertation des CISSS sur laquelle siège des membres des CA et de représentants du MSSSQ dans une perspective de coordination et de convergence des actions et des flux d'information.
6. Donner priorité aux modes de financement en fonction de l'intensité des besoins, des volumes d'activités et des ratio-performances.
7. Mettre en application rapidement les conclusions en matière de révision des programmes et procéder à la priorisation en fonction des choix collectifs.
8. S'assurer que le CHUM et le CUSM rencontrent les attentes gouvernementales en matière de gestion optimale des ressources allouées.
9. Nommer un représentant du MSSSQ et un représentant des CISSS sur le CA du CHUM et du CUSM.
10. Mettre sur pied les supercliniques médicales en PPP, en faire un vecteur d'organisation et de coordination des ressources du territoire desservi et voir à rémunérer adéquatement les gestionnaires et à les rendre imputables à un CA ayant notamment pour membres un représentant du MSSSQ et du CISSS.
11. Certifier les cliniques médicales, les insérer dans les réseaux locaux de services et d'urgence, mettre à leurs dispositions des subventions pour l'achat d'équipements et autres.
12. Intégrer des médecins, à l'équipe des premiers répondants composés de techniciens-iennes ambulanciers-ières paramédics.
13. Réviser le rôle d'Urgences-Santé;
14. Intensifier et accélérer les actions visant à rendre opérationnel les super-infirmières à tous les niveaux des soins requis.
15. Constituer un comité de travail pour repositionner les services offerts par le CLSC au sein des réseaux centrés sur les supercliniques médicales.
16. Étudier la faisabilité de privatiser et/ou de donner en impartition (par appels d'offres publics) les services de laboratoires et les centres de prélèvements.
17. Procéder graduellement à l'accès sur présentation de la carte RAMQ pour accéder aux services d'imagerie médicale du secteur privé.
18. Créer un Comité Citoyen auprès du ministre de la Santé, dont les membres sont choisis au hasard et/ou sur présentation d'une demande justifiée pour développer un lien direct avec les citoyens-payeurs de taxes-utilisateurs des services des soins et de services sociaux, en présence des représentants des médias.
19. Apporter une attention particulière aux aidants naturels.
20. Prendre des mesures pour s'assurer que les jeunes médecins pratiquent au Québec.

21. Subventionner des projets de bénévolat auprès des personnes âgées organisés par les écoles et autres organismes reconnus auprès de personnes âgées, notamment.
22. Mettre sur pied un centre d'études et d'actions prospectives sur les modalités de création d'un milieu de vie substitut en CHSLD, permettant entre autres la révision des Orientations ministérielles ... de 2003, à la lumière des rapports d'agrément, des visites ministérielles d'évaluation du milieu de vie substitut, des plaintes colligées par les commissaires aux plaintes et à la qualité des services et des rapports de coroner dans le but de mettre en place un nouveau cadre d'intervention compte tenu de la spécialisation de plus en plus poussée des CHSLD publics où le milieu de vie substitut des résidents est aussi un lieu de fin de vie.
23. Entreprendre une démarche de consultation élargie afin d'étudier les impacts de l'implantation des dispositions du projet de loi... en ce qui concerne la localisation sur le territoire, la construction, la rénovation et le réaménagement des habitats qui favorisent, et le maintien à domicile et une meilleure intégration présente et future des CHSLD-Milieu de vie substitut, et une plus grande participation communautaire dans les conditions de vie des personnes âgées.
24. Créer des enveloppes monétaires pour garantir la transformation des CHSLD qui en font maintenant un lieu public de dernier recours et de fin de vie.
25. Intégrer le bénévolat dans le programme d'éducation civique des écoles afin de conscientiser et faire participer les élèves à des activités de bénévolat auprès de nos personnes âgées en CHSLD, compte tenu de l'importance de leur contribution à leurs conditions de vie.
26. Subventionner des projets de bénévolat en CHSLD issus de la communauté et des écoles;
27. S'assurer que les CHSLD publics non regroupés à vocation unique... [s'intègrent progressivement et harmonieusement dans le cadre des CISSS tout en priorisant leur clientèle respective];
28. Maintenir la centralisation de l'hébergement via... [un Service commun d'admission à tous les CISSS, afin d'assurer une démarche globale et non territoire par territoire de CISSS, pour tenir compte de la réalité des migrations territoriales.]
29. Subventionner les projets de révision de l'organisation de travail dans les CHSLD en relation avec les nouvelles catégories de résidents admissibles.
30. Préserver de toutes diminutions les budgets de formation des CHSLD, voire les augmenter (y inclure les coûts de remplacement), si l'on veut habiliter les employés à s'investir davantage dans le milieu de vie substitut.
31. Rendre complémentaire les normes et pratiques organisationnelles requises d'Agrément Canada et du Conseil québécois de l'agrément, et, celles demandées dans le cadre des visites ministérielles d'évaluation du milieu de vie substitut en CHSLD.
32. Informer et insister auprès des proches de l'importance du rôle d'accompagnement, de la présence aux réunions et aux activités.
33. Développer des actions concertées tant au niveau national qu'au niveau local pour augmenter la responsabilisation et la participation à l'accompagnement des résidents par les proches.
34. Penser autrement le concept physique et l'architecture du CHSLD, ce faisant l'accessibilité et l'intégration à la communauté en seraient facilitées et améliorées.
35. Mettre en place un mode de gestion de la communication d'informations du MSSSQ qui assure non seulement la transparence et la fiabilité des informations rendues publiques, mais la mise en séquences des interventions, la démonstration publique de la démarche concertée, responsable, professionnelle et imputable des porteurs de dossiers de qualité, la responsabilisation de l'image médiatisée, ce qui éviterait la récupération à d'autres fins.
36. Créer un Comité consultatif afin de préciser l'évolution des besoins socio-sanitaires des populations ethnolinguistiques distinctes, italiennes, polonaises, chinoises et juives, pour nommer que les plus importantes, et s'assurer que le milieu de vie substitut dans les anciens CHSLD non regroupés à vocation unique.

37. Protéger les raisons d'être des Fondations associées aux CHSLD.
38. Rendre complémentaire le réseau des CHSLD publics et le réseau des résidences privés conventionnés et des résidences privées.

La représentation patronale des établissements de santé publics

1. Permettre à l'AQESSS et autres associations patronales publiques de trouver une modalité d'existence dans le cadre de la nouvelle loi.