



**Confédération  
des syndicats nationaux**

Mémoire présenté  
par la  
Confédération des syndicats nationaux (CSN)

à la Commission de la santé et des services sociaux

sur le projet de loi n° 10  
Loi modifiant l'organisation et la gouvernance  
du réseau de la santé et des services sociaux  
notamment par l'abolition des agences régionales

Le 10 novembre 2014

Confédération des syndicats nationaux  
1601, av. De Lorimier  
Montréal (Québec) H2K 4M5  
Tél. : 514 598-2271  
Télec. : 514 598-2052  
[www.csn.qc.ca](http://www.csn.qc.ca)

## Table des matières

|  |    |
|--|----|
| Avant-propos   |    |
| Introduction   |    |
| La problématique liée aux réformes en santé et services sociaux.....                                     | 7  |
| La réforme Couillard et les agences de la santé<br>et des services sociaux (ASSS).....                   | 7  |
| La réforme Couillard a laissé tomber la première ligne<br>et les services sociaux.....                   | 8  |
| Une nouvelle réforme sous le signe de l'austérité.....   | 9  |
| Une réforme qui menace la santé publique et les services sociaux.....                                    | 9  |
| Le modèle de gouvernance du projet de loi n° 10<br>et l'excès de centralisation qui y est associé.....   | 11 |
| La réforme exclut les acteurs locaux dans la prise de décision.....                                      | 11 |
| La réforme rend omnipotent le ministre de la Santé et des Services sociaux.....                          | 12 |
| Le projet de loi n° 10 et les facteurs d'accroissement des dépenses en santé.....                        | 13 |
| Les hôpitaux et la croissance des dépenses.....  | 13 |
| Les médicaments et la croissance des dépenses.....   | 14 |
| La rémunération des médecins et la croissance des dépenses.....  | 15 |
| Les risques potentiels de privatisation et d'accroissement<br>des coûts liés au projet de loi n° 10..... | 16 |
| Conclusion.....  | 18 |



## Avant-propos

La Confédération des syndicats nationaux (CSN) est une organisation syndicale composée de près de 2 000 syndicats. Elle regroupe plus de 325 000 travailleuses et travailleurs réunis sur une base sectorielle ou professionnelle dans huit fédérations, ainsi que sur une base régionale dans treize conseils centraux, principalement sur le territoire du Québec.

## Introduction

Nous tenons à remercier la Commission de la santé et des services sociaux de nous avoir invités à prendre part aux débats sur le projet de loi n° 10. La CSN a toujours été très préoccupée par ce qui se passe dans le secteur de la santé et des services sociaux. À juste titre, puisqu'un nombre important de nos membres sont issus de la Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS) et de la Fédération des professionnelles (FP) interviennent sur une base régulière dans l'offre de soins et de services à la population. De plus, le système public de santé et de services sociaux joue un rôle de premier plan dans la redistribution de la richesse et la réduction des inégalités sociales. Ainsi, il contribue dans une large mesure au bien-être de la société québécoise.

Cela dit, le projet de loi n° 10 invite à de grands changements dans les structures du système. Il annonce une réforme dans la précipitation, alors que l'actuel gouvernement, dans sa volonté de diminuer la taille de l'État, donc des services publics, a déjà annoncé des coupes importantes dans le réseau. Aucune évaluation ou étude préalable ne vient non plus justifier la proposition mise sur la table, alors qu'elle va bouleverser tout l'avenir du système public de santé et de services sociaux. Tout indique que le projet de loi n'a fait l'objet d'aucune consultation préalable tant auprès des professionnels de la santé, que du personnel, des employeurs, des gestionnaires et des intervenants de première ligne. Le gouvernement fait montre ici d'un manque flagrant de transparence. Ce projet de loi semble constituer le premier morceau d'une réforme encore plus vaste dont on nous cache les véritables tenants et aboutissants. La gouvernance *top-down* exacerbée par ce projet de loi crée d'énormes inquiétudes dans les milieux de travail. Elle amplifiera la démobilitation des travailleuses et des travailleurs qui prodiguent, dans des conditions déjà précaires, des soins et des services à la population. Dix ans après la réforme du ministre Couillard (ci-après réforme Couillard) qui a produit son lot de bouleversements au sein du réseau, nous voilà engagés dans une autre réforme de structures qui, loin de s'attaquer aux vrais problèmes du système de santé et de services sociaux, vise à renforcer sa centralisation. Cette initiative du gouvernement aura des incidences négatives sur l'accessibilité aux soins et aux services. Elle génèrera aussi des coûts, notamment des coûts de transition dont on ne nous dit rien, mais aussi des coûts sur la santé des personnes (personnel, gestionnaires, etc.) qui, dans l'appareil, devront faire les frais de ce énième changement organisationnel (déstabilisation, démotivation, perte de repères, atteinte à la santé psychologique).

À l'instar de plusieurs autres groupes, la CSN appelle au retrait de ce projet de loi. Dans les lignes qui suivent, nous démontrerons que réformes et compressions ne font pas bon ménage. Le projet de loi n° 10 se dit axé sur le patient, mais par la centralisation qu'il propose, il éloigne la prise de décision des réels besoins locaux. Nous nous attaquerons aussi aux problèmes liés à ce projet de loi qui prétend viser l'amélioration de l'accès aux soins et aux services à la population, l'efficacité et l'efficience, mais qui renie les principaux facteurs pouvant favoriser l'atteinte de tels objectifs, telles la participation citoyenne et une véritable décentralisation. En dernier lieu, nous préciserons les risques d'une réforme plus que jamais centrée sur l'hôpital qui met peu d'accent sur la prévention, n'offre aucune réponse aux soins et aux services aux aîné-es, non plus qu'à l'accessibilité des services sociaux et des soins de première ligne.



## **La problématique liée aux réformes en santé et services sociaux**

Le Québec a entrepris plusieurs réformes dans le secteur de la santé et des services sociaux au cours des dernières décennies. Officiellement, elles visaient toutes passablement les mêmes objectifs : favoriser l'accès aux services, améliorer la qualité et la sécurité des soins et accroître l'efficacité et l'efficacéité du réseau. Mais, force est de constater que les turbulences qu'elles ont provoquées dans le réseau n'ont pas donné les résultats escomptés. Aujourd'hui encore, on se retrouve avec une offre de soins et de services insuffisante, et souvent inadaptée aux besoins évolutifs de notre population. Pourquoi ces multiples réformes n'ont-elles pas fonctionné? Quoi qu'on en dise, les dernières réformes entreprises en santé avaient comme principale préoccupation une réduction des dépenses publiques, avec ce mantra qui veut que le système de santé coûte trop cher. Pourtant, comme de nombreuses expériences l'ont révélé, l'objectif de diminuer les dépenses à court terme est en contradiction avec l'idée même d'une réforme. Car, pour réussir, toute réforme nécessite, entre autres, du temps et des moyens financiers adéquats pour accompagner les changements. La réforme Rochon tout comme la réforme Couillard témoignent de cette habitude qu'ont nos dirigeants de faire coïncider réformes et compressions de dépenses. Dans les deux cas, peut-on se surprendre que les résultats n'aient pas été à la hauteur des objectifs annoncés?

Ainsi, le virage ambulatoire proposé par le ministre Rochon présentait des avenues intéressantes pour le système de santé et de services sociaux. La perspective de décentraliser le pouvoir et de favoriser, avec la création des forums de la population, une plus grande participation citoyenne était un pas dans la bonne direction. Mais sous la contrainte du déficit zéro imposé par le gouvernement Bouchard, les moyens financiers pour soutenir la première ligne et le travail en réseau n'ont jamais suivi. On s'est plutôt retrouvés avec des fermetures de lits et d'hôpitaux. La réforme libérale de 2003 s'inscrivait, elle, dans la logique d'une réingénierie de l'État, une façon chic de dire compressions des dépenses publiques et diminution du rôle de l'État. On se souvient d'ailleurs des promesses du ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque, Philippe Couillard, reliées à la création des dix-huit agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Elles avaient pour mission de mettre en place les 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les 4 réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) de coordonner les services de santé et de services sociaux dans leur région. Les CSSS devaient assurer l'intégration et la continuité des soins et des services à la population. Les RUIS avaient pour mission de coordonner les soins spécialisés, la formation des médecins et des autres professionnels de la santé.

Une décennie plus tard, en plus des perturbations qui ont paralysé le réseau pendant des années, les résultats ne sont pas au rendez-vous. Le déséquilibre entre l'offre et la demande de soins et de services est encore bien réel. Alors que les médias font leurs manchettes des temps d'attente dans les urgences et de longs délais pour certaines chirurgies, les hôpitaux se retrouvent plus que jamais au cœur de la prestation de soins.

## **La réforme Couillard et les agences de la santé et des services sociaux (ASSS)**

Contraintes par un ministère plus obsédé par le contrôle que par la gouverne, les agences de la santé et des services sociaux (ASSS) n'ont jamais eu tous les leviers requis pour jouer leur rôle et exercer un réel pouvoir aux plans régional et local. Elles ont été transformées en boucs émissaires, alors que c'est le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui édictait les ordres. Le secteur de la santé s'est ainsi retrouvé avec trois paliers de gestion qui n'ont cessé de grossir. Encouragé par le fort

accent mis sur la reddition de comptes, un alourdissement administratif s'en est suivi. Quel est son poids réel au sein des trois paliers de gouvernance? Nul ne le sait clairement puisqu'il n'y a pas eu, du moins pas officiellement, d'évaluation réelle de cette problématique. Néanmoins, parce que cela est politiquement rentable, le gouvernement jette le blâme sur les agences. Il les rend responsables de la bureaucratisation, refusant d'admettre son manque de volonté chronique de procéder à une réelle décentralisation des pouvoirs, laquelle aurait facilité l'approche responsabilité populationnelle prônée par la réforme.

### **La réforme Couillard a laissé tomber la première ligne et les services sociaux**

La fusion administrative n'a pas non plus entraîné l'intégration et la continuité des soins et services. Au contraire, la création des CSSS a accentué la place de l'hôpital dans la prestation des soins et dans l'utilisation des ressources humaines et financières, au détriment de la prévention et de la promotion en santé, des services de première ligne et des services sociaux. Les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ont de plus perdu leur visibilité dans ces chambardements. Une évaluation réalisée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2010)<sup>1</sup> sur l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux note qu'il y a eu peu de réallocations budgétaires des deuxième et troisième lignes vers la première. Le rapport révèle aussi une insuffisance de ressources humaines pour répondre à la demande, un manque de clarté des rôles entre la première et la deuxième ligne, une absence de travail conjoint et des bris dans la transmission des informations, notamment pour les clientèles jeunes. Tout ceci contribue à augmenter les délais et le manque de fluidité.

En recherchant des solutions au problème d'engorgement des hôpitaux à l'intérieur même des hôpitaux et en misant trop sur la modification des structures, la réforme Couillard a négligé le développement des services de soins à domicile et des soins de première ligne. Finalement, les problèmes d'accès et d'intégration des soins et services persistent. La première ligne, qui devait constituer la priorité dans la poursuite des objectifs d'efficacité et d'efficience du système, se révèle toujours précaire. Elle a même connu, à certains égards, une régression au cours des dernières années. La réponse adéquate aux besoins réels de la population se fait attendre, la privatisation des soins et services s'est accentuée et avec elle, un accroissement des inégalités sociales et des coûts. Le laisser-faire qui s'est développé en matière de frais accessoires en est un regrettable exemple.

Les services sociaux demeurent largement sous-financés; les engagements du gouvernement pour les jeunes en difficulté n'ont pas été atteints, la politique de santé mentale est un échec faute de ressources, l'offre de services en CHSLD et en centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDI-TED) est insuffisante et amène une privatisation de l'hébergement, souvent dans des milieux inappropriés. Par ailleurs, le déficit des services de soins à domicile a accru les engorgements dans les hôpitaux, les disparités régionales et les inégalités au sein de la population âgée. Il a aussi entraîné une forte pression sur les proches aidants, à qui l'on demande de pallier les carences du système. Or, comme le note pertinemment le Conseil du statut de la femme<sup>2</sup>, ce sont surtout les femmes qui font les frais d'un manque de services en première ligne et en soutien à domicile.

---

<sup>1</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux, (2010). *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, MSSS, Direction de l'évaluation, Québec.

<sup>2</sup> Conseil du statut de la femme, (2013). *Femmes et santé : plaidoyer pour un accès ouvert à la première ligne médicale*.



## **Une nouvelle réforme sous le signe de l'austérité**

Dix ans après la réforme Couillard, on nous annonce, tambour battant, une autre réforme des structures visant à créer, pour chaque région sociosanitaire, un établissement issu de la fusion de l'agence et de l'ensemble des établissements publics de la région; pour Montréal, le nombre d'établissements régionaux prévu serait de cinq. Il y aurait en outre quatre établissements suprarégionaux qui sont le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) et l'Institut de Cardiologie de Montréal. Avec ce projet, le réseau passerait donc d'une structure de trois à deux paliers; il n'y aurait plus 182, mais bien 28 établissements : des changements majeurs, le tout dans un contexte de fortes compressions budgétaires. Ainsi, les coupes prévues dans les dépenses publiques pour 2014-2015 s'élèvent à 3,2 milliards de dollars. En outre, la Commission de révision permanente des programmes doit réduire de près de 3,3 milliards les dépenses publiques pour 2015-2016. Entretemps, la croissance autorisée des dépenses en santé et en services sociaux n'est que de 3 % en 2014-2015 et de 2,6 % en 2015-2016, des taux largement inférieurs à ceux des récentes années qui frôlaient les 5 %. Sommes-nous en train de revivre au Québec les mêmes scénarios d'il y a dix, quinze ans? Tout indique que oui, et même de façon amplifiée. Le secteur de la santé et des services sociaux, à l'instar de l'ensemble des programmes sociaux, se retrouve à nouveau dans l'œil du cyclone.

## **Une réforme qui menace la santé publique et les services sociaux**

Les dernières coupes annoncées en santé et en services sociaux frappent déjà plusieurs services : prévention des agressions sexuelles, prévention des traumatismes, prévention des chutes à domicile, prévention du jeu pathologique, sécurité alimentaire des populations vulnérables, etc. Le gouvernement demande par ailleurs à la santé publique un effort d'optimisation de l'ordre de 30 %<sup>3</sup>. Avec l'intégration des agences au sein des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), c'est tout le volet prévention qui se retrouve sur le fil du rasoir. Le gouvernement néglige la prévention qui est pourtant moins coûteuse à long terme. De nombreuses études le corroborent. Il est plus efficace et moins onéreux d'agir de façon préventive plutôt que d'assumer le fardeau des problèmes de santé (Raynault et Côté, 2013)<sup>4</sup>.

Malheureusement, avec ce projet de loi n° 10, on ne peut plus centré sur l'hôpital et qui se réalise dans un contexte d'austérité, la santé publique, la santé mentale, la protection de la jeunesse, les services de soins à domicile, les soins et services pour des personnes vivant avec des déficiences physiques ou mentales, les services de réadaptation et d'intégration sociale, les groupes communautaires et les services sociaux dans leur globalité se retrouvent dans une situation inquiétante. Comme l'histoire récente nous l'a révélé, dans la bataille pour avoir des ressources en contexte de compressions budgétaires, l'hôpital, qui représente le curatif, finit toujours par l'emporter sur le social et le préventif.

---

<sup>3</sup> *Le Devoir*, 4 novembre 2014. *La santé publique menacée : les budgets seraient amputés de 30 %, compromettant la prévention.*

<sup>4</sup> M. Raynault, C. Dominique, C. Sébastien, (2013). *Le bon sens à la Scandinavie – Politiques et inégalités sociales de santé*, Les Presses de l'Université de Montréal.

D'autres groupes partagent les mêmes craintes. Le mémoire de l'Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec sur le projet de loi n° 10 indique en effet :

« Déjà, en 2003, la réforme est venue fragiliser la première ligne en CSSS alors qu'elle devait la renforcer. Le changement de gouverne proposé risque d'amplifier le phénomène. L'approche médico-centriste, nous le craignons, teintera les orientations et les choix et risque d'affaiblir fortement les volets de promotion et de prévention. C'est au niveau des urgences que les effets vont se faire sentir, à moyen terme. Parce que les urgences, faut-il le rappeler, ne sont que le symptôme d'un mal plus grand et systémique. »

Un collectif d'universitaires<sup>5</sup> ayant témoigné devant la Commission sur le projet de loi n° 10 estime quant à lui :

« La fusion des services de protection de la jeunesse dans les établissements régionaux, telle que proposée par le projet de loi 10, risque fortement de déstructurer le modèle de protection de la jeunesse du Québec, pourtant efficace, au profit d'un système peu habilité à évaluer la notion de risque dans des situations probables de maltraitance et de négligence. Ce changement risque fort de mener à un accroissement dramatique du nombre d'évaluations des situations signalées, sans pour autant bonifier les services offerts aux enfants et à leur famille. »

Paradoxalement, cette réforme adopte la même philosophie que la précédente qui a pourtant donné peu de résultats. Elle accroît les fusions et renforce les pouvoirs de contrôle. Qu'est-ce qui justifie de tels bouleversements dans le réseau, alors que les recherches démontrent que les fusions administratives et la centralisation des pouvoirs n'améliorent en rien l'intégration des soins et leur accessibilité, pas plus que leur efficacité et leur efficience? Cette centralisation de pouvoirs ne vise-t-elle pas d'abord à doter le Ministre de tous les leviers pour appliquer la politique d'austérité du gouvernement? C'est du moins là l'interprétation que nous faisons de cette réorganisation.

Avec cette réforme et toutes celles qui l'ont précédée, le secteur de la santé et des services sociaux vit ce que certains experts en management appellent *un état perpétuel de désorganisation*. De tels bouleversements structurels fatiguent et démobilisent les travailleuses et travailleurs sur le terrain, sans résoudre les véritables problèmes. Alors que les différents acteurs du réseau seront engagés dans une bataille de structure, ils ne mettront pas leurs énergies à renforcer la première ligne et à rendre les services plus accessibles à la population. C'est avec raison que Damien Contandriopoulos et al. (2014) soulèvent, dans leur mémoire soumis à cette commission, la notion de coût d'opportunité liée au projet de loi n° 10. D'après leur analyse, ce projet ne génère, en termes réels, aucune valeur ajoutée à la production de soins et de services de santé<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Nico Trocmé et al. (2014). Projet de loi n° 10 et services de protection de la jeunesse : des impacts à considérer.

<sup>6</sup> Damien Contandriopoulos et al. (2014). *Analyse logique des effets prévisibles du projet de loi n° 10 et des avenues d'intervention souhaitables*.

## **Le modèle de gouvernance du projet de loi n° 10 et l'excès de centralisation qui y est associé**

Le projet de loi n° 10, mis à part les structures mammoth qu'il crée, entraîne aussi une hypercentralisation des pouvoirs entre les mains du Ministre. On parle du côté gouvernemental d'une économie éventuelle de 220 millions grâce, notamment, à l'abolition des agences de la santé et des services sociaux (ASSS). On peut en douter. En réalité les agences ne disparaissent pas, mais vont plutôt intégrer les structures du MSSS et des CISSS. En outre, le budget des agences ne représente pas 220 millions de dollars, mais à peine plus de 100 millions dont près de la moitié va en santé publique. Par ailleurs, tout indique que, loin de réduire la bureaucratie, le projet de loi n° 10, par son excès de centralisation, accroîtra la reddition de comptes et, par le fait même, intensifiera la bureaucratie au MSSS, laquelle est déjà fort importante; un simple coup d'œil à l'organigramme du ministère suffit pour s'en convaincre.

Une bonne gouvernance, comme plusieurs études le démontrent, ne peut se faire sans une réelle décentralisation. Car, si les politiques sont définies au niveau central, leur application, pour donner les résultats escomptés, nécessite la prise en compte des particularités locales et régionales. La maîtrise de cette réalité terrain est essentielle dans la prise de décision. C'est elle qui va rendre le système capable de s'adapter et d'innover pour mieux répondre aux besoins changeants de la population. Or, depuis des années, le gouvernement du Québec ne se limite pas à gouverner en formulant des politiques et des orientations pour le système de santé et de services sociaux. Dans son obsession de contrôler les dépenses, il intervient toujours plus sur le plan de la gestion opérationnelle. Cette microgestion à distance, dénoncée par plusieurs intervenants, dont l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), n'a pas contribué à améliorer l'efficacité du réseau. Elle s'est soldée par un non-respect de l'autonomie professionnelle du personnel des agences. Elle a aussi généré une confusion dans les rôles et responsabilités des trois paliers de gouvernance. Aujourd'hui, pour justifier sa réforme, le Ministre invoque la bureaucratie et pointe du doigt les ASSS. Néanmoins, par son comportement, il a grandement participé à cette bureaucratisation. D'ailleurs, cette façon de traiter les travailleuses et travailleurs des ASSS est pour le moins cavalière, quand on pense aux efforts qu'ils ont entrepris auprès du MSSS pour revoir la gouvernance régionale afin de leur permettre de mieux jouer leur rôle dans l'évaluation, la planification et la programmation des services à la population.

## **La réforme exclut les acteurs locaux dans la prise de décision**

La centralisation à outrance, qu'introduit le projet de loi n° 10, élimine également la démocratie participative, élément essentiel à la prise en charge locale. En effet, la décentralisation, quand elle fonctionne, permet, grâce à la responsabilisation des réseaux locaux qu'elle favorise, de parvenir à une meilleure adéquation entre les besoins de la population et les services qui lui sont offerts. Chaque région ou chaque localité présente en effet des indicateurs de santé qui lui sont propres. Une bonne gestion doit permettre la participation des acteurs locaux, tels les organismes du milieu, les représentants des comités locaux de résidents et d'usagers et les autres regroupements dans la prise de décision au sein des conseils d'administration. On peut particulièrement craindre l'effet de l'exclusion des acteurs locaux du pouvoir décisionnel sur les personnes et groupes vulnérables (jeunes en difficulté, personnes ayant des problèmes de santé mentale ou de dépendance, personnes vivant dans la pauvreté, etc.) pour qui l'approche de proximité est fondamentale. Comment s'assurer dans ce nouveau cadre que les besoins sur le terrain seront pris en compte?

On peut aussi citer l'exemple du regroupement des sages-femmes du Québec (RSFQ) qui détient un siège au conseil d'administration des établissements depuis 1999<sup>7</sup>. Cette participation citoyenne contribue non seulement à identifier les vrais besoins des populations locales, mais aide à agir sur les déterminants sociaux de la santé. Avec le projet de loi n° 10, cette expertise et cette mobilisation locales disparaissent. Il est illusoire de croire qu'on peut, grâce à une gestion centralisée, identifier les besoins réels d'une population. Ce projet de loi prétend être axé sur le patient, mais la prise de décision n'a jamais été aussi éloignée des préoccupations de ce dernier. Traitant de gouvernance des systèmes de santé et de l'importance d'une décentralisation réussie, les auteurs Denis A. Roy et al. (2010)<sup>8</sup> énoncent ce qui suit :

« Les réseaux locaux doivent jouir de suffisamment de liberté et d'espace pour ajuster les services aux besoins de leur population, d'une part, et pour expérimenter, innover et s'adapter à un environnement en constante évolution d'autre part. Cela suppose la capacité d'établir des priorités et de contrôler l'utilisation de leurs ressources, tant humaines et financières. »

Le projet de loi n° 10, avec son extrême centralisation, prend le contrepied de ce qui précède. Il met un frein à l'initiative et à l'innovation, éléments essentiels d'une gestion dynamique.

### **La réforme rend omnipotent le ministre de la Santé et des Services sociaux**

Le Ministre peut intervenir à tous les paliers. Il donne ses ordres, et les autres exécutent. Il nommera de plus tous les dirigeants du réseau, des directeurs aux membres des conseils d'administration. Avec ce projet, la population ne pourra plus nommer ses représentants au sein des conseils d'administration. On assiste à l'effritement pur et simple de la gouverne locale. Dans les faits, le modèle proposé ne laisse qu'un seul palier décisionnel. Le pouvoir n'est plus distribué entre les différentes instances locales et régionales. Pourtant le palier de gouverne régionale permettait de réguler le partage des ressources entre les établissements publics et communautaires et assurait une plus grande implication et une meilleure reddition de comptes. Avec le projet de loi n° 10, le pouvoir est concentré entre les mains d'une seule personne, avec tous les risques d'arbitraire, d'ingérence politique et d'instabilité qu'une telle situation comporte. De plus, toutes les informations sur l'état de santé de la population seront rapatriées au ministère. Les régions se retrouveront dorénavant avec des points de service sur lesquels elles n'auront aucun droit de regard. Une situation, somme toute, inacceptable.

Or, le projet de loi n° 10 est empreint des principes de la nouvelle gestion publique (NGP). Le système public de santé et de services sociaux, comme son nom l'indique, ne peut être géré comme une entreprise privée. Pour réussir, toute réforme doit tenir compte de la participation et de l'engagement de tous les acteurs du réseau, incluant celles et ceux qui sont en première ligne et qui donnent des soins et services directs à la population. Le projet de loi n° 10 offre une vision simpliste, voire dogmatique, de la gouvernance du système public de santé et de services sociaux, qui est par définition un système complexe où tous les acteurs ont un rôle à jouer et doivent agir en synergie.

---

<sup>7</sup> Malgré toutes les réformes réalisées dans le secteur de la santé et des services sociaux, l'Assemblée nationale du Québec a toujours jugé bon de maintenir la place d'un membre du Conseil sages-femmes au sein du conseil d'administration des instances locales.

<sup>8</sup> Denis A Roy, L. Eric, P. Fred (2010). *Des réseaux responsables de leur population – Moderniser la gestion et la gouvernance en santé*. Les Éditions du Point.

Pour paraphraser Roy et *al.* (2010)<sup>9</sup>, seule une vraie décentralisation peut mener à une réelle motivation des intervenants locaux et régionaux, à une plus grande autonomie, à une plus grande participation citoyenne, à une meilleure réponse aux besoins, bref à une plus grande efficacité et efficience.

## **Le projet de loi n° 10 et les facteurs d'accroissement des dépenses en santé**

Si les dépenses en santé et en services sociaux ont connu une croissance importante au cours des dernières années, les données permettent toutefois de constater que certains facteurs ont influencé davantage que d'autres cette croissance. En effet, suivant des calculs sommaires faits à partir des données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les hôpitaux, la rémunération des médecins et les médicaments ont constitué les trois postes ayant enregistré la plus forte croissance des dépenses au cours de la dernière décennie. Sans faire fi des autres frais, il semble un peu irréaliste de viser une meilleure efficacité et efficience dans l'allocation des ressources en santé sans considérer ces trois principaux postes de dépenses. Le projet de loi n° 10 ne s'attaque pas à ces enjeux.

## **Les hôpitaux et la croissance des dépenses**

Les réformes entreprises en santé n'ont pas permis de reconfigurer le réseau afin de mieux l'adapter aux besoins de la population. Malgré le vieillissement de la population et la montée des maladies chroniques, on a encore un système de santé trop centré sur l'hôpital, disposant d'une première ligne de soins et de services fragmentée et incapable de répondre aux besoins. Le taux de croissance annuel moyen (TCAM)<sup>10</sup> des dépenses dans les hôpitaux pour la décennie 2004–2013 s'élève à 4,3 %. En termes absolus, les hôpitaux, avec les problèmes d'engorgement qui tardent à se résorber, coûtent annuellement à la population québécoise plus de 12 milliards de dollars. Est-ce qu'il y a moyen d'assurer une meilleure utilisation de nos hôpitaux? La réponse est oui. Contrairement à ce qu'envisage l'actuel gouvernement, cette réponse ne passe ni par des compressions ni par le dynamitage des structures. Il faut surtout investir dans la première ligne afin d'atténuer la pression sur nos hôpitaux. Une enquête de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ)<sup>11</sup>, de 2013, corrobore les impacts du manque d'accès aux soins en première ligne sur les urgences, **soit** sur les dépenses hospitalières. L'étude énonce :

« Lorsqu'on analyse les différentes raisons de la consultation d'un médecin à l'urgence d'un hôpital, on constate d'abord que le tiers des personnes ont consulté pour un problème qu'elles considéraient comme non urgent (36 %). Parmi les Québécois ayant consulté un médecin à l'urgence d'un hôpital pour un problème considéré comme non urgent, 74 % s'y sont présentés parce que les cliniques sans rendez-vous qu'ils fréquentent ne prenaient plus de patients ou étaient fermées (l'urgence était le seul endroit où ils pouvaient aller). »

---

<sup>9</sup> Denis A Roy, L. Eric, P. Fred (2010). *Des réseaux responsables de leur population – Moderniser la gestion et la gouvernance en santé*. Les Éditions du Point.

<sup>10</sup> TCAM calculé à partir des données publiées par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS, 2014).

<sup>11</sup> Institut de la statistique du Québec (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011 : l'hospitalisation et la consultation d'un médecin à l'urgence d'un hôpital; regard sur l'expérience vécue par les Québécois*, Québec.

Soulignons aussi les conclusions d'une autre étude réalisée auprès des médecins canadiens, par le Conseil canadien de la santé<sup>12</sup>, relative aux soins primaires au Canada et au Québec. Alors que l'accès à un médecin de famille peut réduire le nombre d'admissions à l'hôpital, parmi les pays et les provinces canadiennes visés par l'étude, il est plus difficile pour un patient au Québec d'avoir un rendez-vous le jour même ou le lendemain avec son médecin de soins primaires. Le recours aux urgences hospitalières, pour obtenir des soins après les heures normales de service, est considérablement élevé au Québec, comparé à la plupart des autres pays faisant partie de l'étude. Cette carence en première ligne nuit à une meilleure utilisation de nos hôpitaux. Alors, au lieu d'entreprendre cette vaste réforme qui n'offre en fait aucune garantie quant à la complète intégration et à l'accès aux soins et services aux usagers, ne faudrait-il pas travailler en amont à trouver des réponses aux vrais problèmes qui nuisent à l'efficacité globale du système et qui se trouvent dans une large mesure en première ligne?

En soutien à domicile, la réalité n'est guère plus reluisante. Pourtant, les services de soins à domicile aux aîné-es leur permettent de rester autonomes plus longtemps à la maison ce qui améliore leur qualité de vie en plus de diminuer la pression sur le système de santé. Malgré cette évidence, le gouvernement québécois continue de couper dans les services de soins à domicile, alors qu'il faudrait investir massivement dans ce secteur. La réforme prétend être centrée sur le patient, mais, en bout de piste, de quel patient parle-t-on lorsqu'on évacue des questions aussi fondamentales?

Nous ne saurions terminer ce point sans nommer une autre source de gaspillage que sont les partenariats public-privé (PPP). Dans une note socio-économique<sup>13</sup> que l'Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS) vient de rendre publique concernant les PPP du CHUM et du CUSM, il est démontré qu'il serait beaucoup plus profitable à l'État québécois de mettre un terme aux contrats de gestion en PPP de ces établissements. Les hypothèses les plus conservatrices des auteurs suggèrent que ce choix entraînerait des économies de plusieurs centaines de millions de dollars pour le Québec, les hypothèses les plus réalistes amènent à des économies pouvant atteindre jusqu'à 4 milliards de dollars. Nous y voyons là une piste essentielle à explorer en vue de réduire les dépenses en santé. Dans le même ordre d'idée, nous constatons l'utilisation croissante d'entrepreneurs privés pour réaliser des travaux à l'intérieur des établissements alors qu'une main-d'œuvre locale compétente serait à même d'exécuter ces travaux spécialisés. Cette impartition du travail augmente de façon significative les coûts de maintien des infrastructures en plus d'entraîner une perte d'expertise interne pour l'établissement. Les gouvernements successifs refusent d'aborder de front ce problème.

## **Les médicaments et la croissance des dépenses**

La question de l'efficacité et de l'efficacité se pose aussi au plan de l'utilisation et du coût des médicaments au Québec. Le Québec occupe encore la place peu enviable de province canadienne qui dépense le plus en médicaments. La part des médicaments dans les dépenses de santé du Québec représente 19,3 %, alors que cette proportion n'est que de 16,3 % pour le Canada; l'écart est énorme. Le taux de croissance annuel moyen (TCAM) des dépenses en médicaments pour la décennie 2004–2013 s'évalue à 4,7 %. En soustrayant les années 2011 à 2013 du calcul, ce taux passe à 6 %. Les médicaments coûtent annuellement plus de 8,6 milliards de dollars au Québec (ICIS, 2014). La

---

<sup>12</sup> Conseil canadien de la santé (2013). *Comment les médecins canadiens de soins primaires classent-ils le système de santé?* Bulletin n  7, janvier 2013.

<sup>13</sup> M. Nguyen, G. Hébert, P. Hurteau, (2014). *Devrait-on racheter les PPP du CHUM et du CUSM*. Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS).

croissance des dépenses en médicaments n'est pas seulement liée à l'évolution des prix, mais s'explique aussi par le volume de médicaments prescrits. Il faut aussi s'attaquer à la question du surdiagnostic et du surtraitement. Le projet de loi n° 10 parle d'efficacité et d'efficience, mais que propose-t-il pour contrer ces sources de gaspillage qui, comme l'énonce l'Association médicale du Québec (AMQ)<sup>14</sup>, se révèlent très coûteuses pour notre système de santé?

Dans le même registre, la CSN, adhère à la campagne de l'Union des consommateurs, qui propose la mise en place d'un régime public universel d'assurance médicaments. Un tel régime représente la meilleure option pour la population. Il vise l'équité en assurant une protection semblable pour tous les citoyens et citoyennes. Le régime public universel permettrait aussi d'éliminer les iniquités liées aux assurances privées, telles la contribution financière régressive et l'imposition de taxes, et aiderait à assurer un meilleur contrôle des prix. Du point de vue de l'efficacité et de l'efficience, il est plus facile de contrôler les coûts et de mettre en œuvre des moyens pour optimiser l'utilisation des médicaments dans un régime public universel. Par ailleurs, les frais d'administration des régimes publics d'assurance ont affiché par le passé des taux moins élevés que ceux des assureurs privés. N'est-il pas plus bénéfique pour le système de santé et de services sociaux qu'on aborde cette problématique qui est source de croissance des coûts au lieu de chambarder les structures?

### **La rémunération des médecins et la croissance des dépenses**

Contrairement à plusieurs pays membres de l'OCDE où les médecins sont salariés, les médecins au Québec sont des travailleurs indépendants et généralement rémunérés à l'acte. Avec une croissance moyenne annuelle de 6,8 %, la rémunération des médecins se révèle le poste ayant connu la plus grande croissance au cours de la décennie 2004–2013. De 3,4 milliards de dollars qu'il était en 2004, le montant prévu pour 2013 se chiffre à plus de 6,5 milliards de dollars (ICIS, 2014). Ce poste représente désormais le troisième en importance concernant les dépenses de santé et de services sociaux. Certes, c'est une bonne chose, tenant compte des exigences associées à la pratique médicale, de bien traiter ses médecins, mais le mode de rémunération actuel contribue-t-il à l'efficacité globale du système de santé et de services sociaux?

Comme plusieurs études le soutiennent, le mode de rémunération à l'acte, qui établit une relation directe entre le volume d'actes posés par le médecin et son revenu, sans tenir compte de la qualité et de la pertinence des soins donnés, n'est peut-être pas la formule qui répond le mieux aux objectifs poursuivis par notre système de santé. En encourageant le volume d'actes, dont la croissance des coûts, ce mode de paiement contribue peu à la prise en charge du patient et à la prévention. Il semble de surcroît avoir pour effet de déresponsabiliser le médecin dans la poursuite d'objectifs globaux du système, tout en l'incitant à sélectionner des patients plus rentables. Ce type de paiement, en plus d'être coûteux, se révèle inefficace au plan l'intégration des soins et des services de santé.

Alors que le Québec connaît un vieillissement de la population qui s'accompagne d'une importante croissance des maladies chroniques; alors que le système de santé fait encore face à de multiples difficultés pour la médecine familiale et les soins de première ligne; alors que la coordination et l'intégration des soins sont déficientes; ne doit-on pas profiter de cette période de remise en question pour redéfinir nos priorités en santé et en services sociaux et revoir les modalités de rémunération

---

<sup>14</sup> Association médicale du Québec (2013). *Optimisation de la pratique clinique : Mieux choisir*, AMQ, Montréal. (L'Association médicale du Québec (AMQ) énonce : « en éliminant le surdiagnostic et le surtraitement à tous les niveaux dans le système de la santé, c'est environ 5 milliards de dollars qui pourraient être économisés par le gouvernement québécois. »).

des médecins, qui sont d'ailleurs à la base de la production de soins? Ne pourrait-on pas également discuter du soutien requis par d'autres professionnels de la santé et s'entendre sur la nécessaire reconnaissance de leurs compétences; qu'on pense notamment au rôle inestimable que pourraient jouer les infirmières dans le développement d'une première ligne forte; même chose pour les pharmaciens?

### **Les risques potentiels de privatisation et d'accroissement des coûts liés au projet de loi n° 10**

Ce projet de loi présente le risque non seulement d'un accroissement des dépenses en santé, mais également d'une ouverture à la privatisation des soins et des services. La réforme poursuit deux objectifs contradictoires : elle vise l'efficacité, mais renforce l'hospitalo-centrisme. Cela entraînera un sous-financement des autres missions du système de santé, donc un délestage de certains services qui mènera à une plus grande privatisation. Faute d'avoir accès aux services, les usagers, qui le pourront, se tourneront vers le privé.

Le ministre des Finances, Carlos Leitao<sup>15</sup>, évoque déjà l'idée de faire des économies en sous-traitant au secteur communautaire – une main-d'œuvre largement féminine aux piètres conditions de travail précaires – certains services actuellement assumés par le réseau public. Nos membres issus du secteur communautaire ont rapidement reconnu qu'il s'agit d'une instrumentalisation inacceptable de ce secteur qui n'a pas vocation à servir de *cheap labour* à l'État. Le rôle de sous-traitant compromettrait l'indépendance nécessaire à ces groupes pour développer des solutions collectives issues du milieu et qui répondent à ses besoins.

D'autres inquiétudes relatives à la privatisation existent. On assiste depuis des années à la multiplication d'ententes avec le secteur privé pour la prise en charge de services qui devraient être assumés par le réseau : qu'on pense à l'entente avec la clinique médicale Rockland MD pour la réalisation de chirurgies, au contrat octroyé à *Cardinal Health Canada* pour l'approvisionnement du CHUM et du CUSM ou à l'achat de places d'hébergement auprès de résidences privées pour aînés. Or, l'article 59(12) du projet de loi permettra au Ministre d'intervenir auprès des établissements « pour favoriser la conclusion d'ententes de services visant à répondre aux besoins de la population ». L'article 80 autorisera même le Ministre à « obliger un établissement à utiliser les services d'un groupe d'approvisionnement en commun ou à participer à un processus d'appel d'offres mené par un tel groupe. »

Dans un autre ordre d'idées, le gouvernement annonce déjà qu'il ira de l'avant avec le financement axé sur les patients pour financer les hôpitaux du Québec, voyant dans le jeu des incitatifs, une panacée devant faciliter la gestion efficace. Nous estimons qu'un débat public est nécessaire sur cette question. De nombreuses études empiriques démontrent que ce mode d'allocation, avec la même philosophie que le financement à l'acte chez les médecins, n'a pas été un succès dans plusieurs pays où il a été implanté, particulièrement en France<sup>16</sup> ou même en Angleterre<sup>17</sup>. Il est noté que ce modèle met davantage l'accent sur la production d'actes médicaux que sur le continuum de soins et de services. Il nuit à la coopération qui doit exister entre les différents prestataires qui se retrouvent plutôt en concurrence pour accroître leurs revenus. Cela a aussi un effet négatif sur l'environnement de travail. De plus, ce mode de financement, loin de favoriser des économies, avec l'arsenal

---

<sup>15</sup> *Les Affaires*, mensuel, 28 octobre 2014. *Ce n'est pas juste à l'État québécois de livrer les services*, dit Leitao.

<sup>16</sup> Edouard Couty et al. (2013). *Le pacte de confiance pour l'hôpital*, rapport du Ministère des affaires sociales et de la santé, France.

<sup>17</sup> Institut de recherche et d'informations socio-économiques (2012). *Le financement à l'activité peut-il résoudre les problèmes du système de santé?*



administratif qu'il requiert, entraîne à la hausse les coûts du système. Ce mode d'allocation aura, entre autres, pour effet d'augmenter la pression sur les hôpitaux qui auront comme principale préoccupation la maximisation de leurs revenus. Puisque les ressources financières seront contrôlées au niveau central, pour y accéder, ils devront jouer sur leurs coûts et donner priorité aux soins les plus rentables. *In fine*, le projet de loi n° 10, conjugué au financement à l'activité, risque de favoriser la contractualisation et donc une plus grande place du privé dans la prestation des soins. Dès lors, nous comprenons pourquoi la Fédération des chambres de commerce du Québec (FCCQ)<sup>18</sup> n'a pas tardé à saluer l'initiative et voit dans le projet de loi n° 10 un premier pas vers une mise en concurrence du secteur public avec le secteur privé.

En définitive, quand on regarde la répartition actuelle des dépenses dans le secteur de la santé et des services sociaux, on constate que d'autres choix pourront mieux garantir l'accessibilité, l'efficacité et l'efficience que prétend rechercher le projet de loi n° 10. Le gouvernement doit commencer par mettre de côté sa logique d'austérité qui aura pour effet d'augmenter les inégalités sociales par la privatisation des services et d'investir enfin dans la première ligne pour régler les problèmes d'accès; cela permettra à terme une meilleure utilisation de nos hôpitaux. En allouant plus de ressources aux services de soins à domicile; en remettant en question certains crédits d'impôt qui profitent davantage aux résidences privées; en agissant davantage sur la prévention et la promotion de la santé; en entamant une nécessaire réflexion sur la possibilité d'établir un régime public universel d'assurance médicaments; en rendant opérationnel le Dossier Santé Québec (DSQ) qu'on attend depuis des lustres; en mettant fin à la privatisation des soins et services, qui est non seulement inéquitable, mais nous appauvrit collectivement; le gouvernement permettra au système de santé et de services sociaux d'être mieux armé pour livrer la bataille de long terme, contenir la croissance de ses dépenses et par-là, accroître son efficacité et son efficience. Puisque le projet de loi n° 10 n'aborde aucune de ces priorités, il rate complètement sa cible.

---

<sup>18</sup> FCCQ, 2014. Mémoire portant sur le projet de loi n° 10 présenté à la Commission parlementaire de la santé et des services sociaux.

## Conclusion

Essentiellement, nous avons démontré dans ce mémoire les raisons pour lesquelles l'actuel gouvernement ne devrait pas emprunter le chemin tracé par le projet de loi n° 10. Ce projet, comme bon nombre d'organisations l'ont affirmé, n'apporte aucune réponse aux véritables problèmes auxquels fait face le système de santé et de services sociaux. La réforme prétend favoriser l'accessibilité des soins, mais néglige la première ligne, les services de soins à domicile aux aîné-es, les services sociaux. Elle prétend viser l'efficacité et l'efficience, mais met de côté la prévention, la santé publique, et ne s'attaque pas aux facteurs cruciaux d'accroissement des coûts que sont la rémunération des médecins, les médicaments et les centres hospitaliers. Elle renforce la place de l'hôpital dans la prestation des soins et des services, alors que les solutions aux problèmes de nos urgences se retrouvent en amont. En clair, cette réforme risque d'accroître les coûts des soins et des services nécessaires à la population, tout en accentuant leur privatisation.

Le projet de loi n° 10, dans les faits, paraît être un outil pour réaliser la politique d'austérité gouvernementale et aura pour incidence grave le démantèlement des services sociaux et de santé. Le Ministre, désormais omnipotent, nommera tous les dirigeants du réseau, des membres des conseils d'administration aux directeurs des établissements. Cette façon de faire, tout en étant contreproductive, accentuera la politisation du réseau avec tous les risques qu'une telle situation comporte. Avec tous ces pouvoirs, le Ministre aura la latitude voulue pour procéder à des compressions encore inégalées et qui, finalement, accroîtront les listes d'attente, les inégalités sociales et les coûts en santé. L'occasion sera belle alors pour appeler le privé en renfort. En outre, l'hypercentralisation des pouvoirs menace la démocratie participative. En éloignant la prise de décision des besoins réels de l'utilisateur, elle contribue peu à l'établissement d'un climat de confiance au sein duquel les acteurs locaux se sentiraient reconnus et entendus. La réforme proposée déroge aux principes de participation et de coconstruction qui définissent le service public, et n'aide en rien au renforcement du dialogue social. Alors que tous les acteurs seront pris dans des guerres de structures qui grugeront du temps et des moyens financiers, ils ne mettront pas leurs énergies à améliorer l'offre de soins et de services à la population.

Le projet de loi risque de plus de compromettre les missions qu'assument des établissements comme les centres de réadaptation et les centres jeunesse. Ceux-ci se trouveront en effet noyés au sein de gigantesques CISSS qui, on peut le craindre, feront primer les soins curatifs sur la prévention et les services sociaux.

Certes, la CSN souscrit aux objectifs énoncés à l'article 1 du projet de loi : favoriser l'accès, améliorer la qualité et la sécurité des soins de même que l'efficacité et l'efficience du réseau. Nous sommes aussi d'avis que des changements s'imposent si l'on veut atteindre ces objectifs. C'est pourquoi, en juin dernier, de concert avec l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) et l'Institut du Nouveau Monde (INM), la CSN a convié les acteurs du réseau de la santé à poser un diagnostic commun sur l'état de santé du réseau. Plus de 400 personnes ont participé à cette première rencontre. Un second rendez-vous se tiendra le 9 décembre prochain où seront discutées les solutions à mettre en avant. Nous invitons le Ministre à retirer le projet de loi n° 10 et à venir discuter des vrais problèmes qui affligent le système de santé et de services sociaux et des vraies solutions à y apporter. Une autre réforme de structures n'est pas le remède.

La CSN considère que le système de santé et de services sociaux existe d'abord et avant tout pour répondre aux besoins des personnes. Pour nous, c'est donc la personne qui doit être placée au cœur du système et des préoccupations de celles et de ceux qui le gouvernent et en assurent le fonctionnement. En considérant la personne, plutôt que le patient, comme point de départ, on induit l'importance de tenir compte et d'agir sur les déterminants sociaux évitant ainsi, le plus souvent possible, qu'une « personne » devienne un « patient ». Beaucoup d'énergies et de ressources ont été déployées depuis la Révolution tranquille pour établir, au Québec, une société qui tend vers la justice sociale, l'égalité des chances et l'accompagnement des personnes les plus vulnérables et celles défavorisées au plan socio-économique. Les intervenants sociaux sont particulièrement fiers d'avoir contribué à la construction de cette société. C'est pour cette raison qu'ils sont aussi préoccupés par les conséquences que le projet de loi n° 10 risque d'avoir sur ce fragile équilibre. Nous croyons que le changement de structures, à lui seul, ne permettra pas au Ministre d'atteindre l'objectif qu'il s'est fixé soit 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'efficacéité du réseau ». D'autres organisations sont venues dire la même chose devant cette commission.