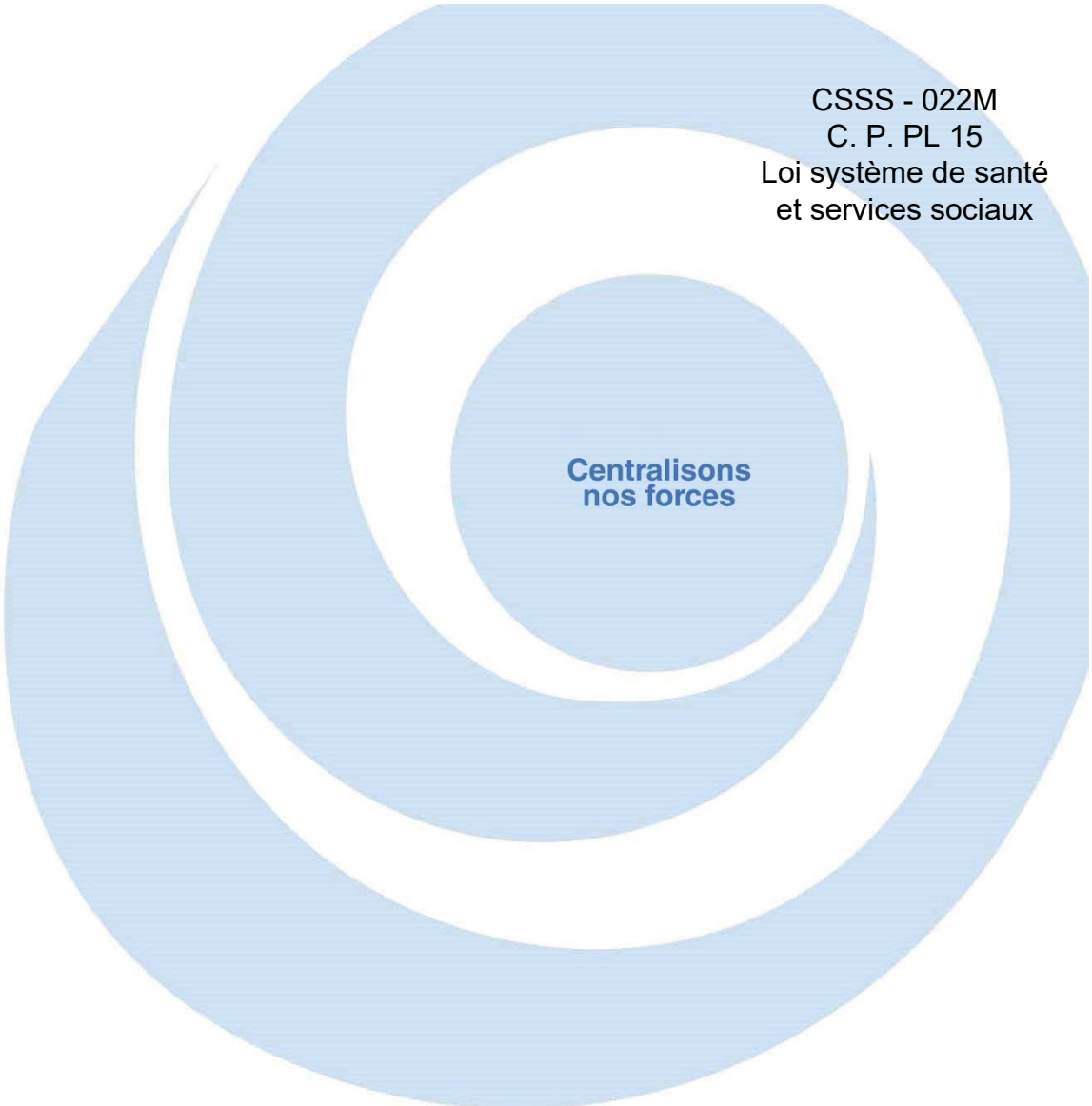




**Centralisons
nos forces**

Projet de loi n° 15 – Pour une réaffirmation forte du caractère public du système de santé et de services sociaux

**Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre
des consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 15, Loi
visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace**

La Centrale des syndicats du Québec (CSQ) représente près de 215 000 membres, dont environ 125 000 font partie du personnel de l'éducation.

La CSQ compte 11 fédérations qui regroupent quelque 240 syndicats affiliés en fonction des secteurs d'activité de leurs membres; s'ajoute également l'AREQ-CSQ, l'Association des retraitées et retraités de l'éducation et des autres services publics du Québec.

Les membres de la CSQ occupent plus de 350 titres d'emploi. Ils sont présents à tous les ordres d'enseignement (personnel enseignant, professionnel et de soutien), de même que dans les domaines des services éducatifs à la petite enfance, de la santé et des services sociaux (personnel infirmier, professionnel et de soutien, éducatrices et éducateurs), du loisir, de la culture, du communautaire, des communications et du municipal.

De plus, la CSQ compte en ses rangs plus de 80 % de femmes et 30 % de jeunes âgés de moins de 35 ans.

Mise en contexte

Le 29 mars dernier, le gouvernement du Québec a publié le projet de loi n° 15, *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace* (Québec, 2023g).

Ce projet de loi de 1 180 articles modifie 37 lois et abroge la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (Québec, 2023b) (réforme Barrette) (article 861).

La future loi remplacera la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) (Québec, 2023f) (article 1 178) et constitue, selon la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) et son affiliée en santé, la Fédération de la Santé du Québec (FSQ-CSQ), une nouvelle réforme de notre système public de santé et de services sociaux.

En fait, pour améliorer le fonctionnement du réseau de la santé, le gouvernement propose la création d'une toute nouvelle société d'État, Santé Québec, dont la mission principale sera d'offrir des services de santé et des services sociaux par l'entremise d'établissements publics, ainsi que de coordonner et de soutenir financièrement l'offre de tels services par les établissements privés et par certains autres prestataires de services privés (article 23, 1^{er} alinéa). Le ministre déterminera les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux (article 19, 1^{er} alinéa) et il conservera certains pouvoirs relatifs à la supervision du système (articles 647 à 656).

Le nouveau partage des responsabilités viserait à faciliter l'accès des personnes à des services de santé et à des services sociaux sécuritaires et de qualité, à renforcer la coordination des différentes composantes du système et à rapprocher des communautés les décisions liées à l'organisation et à la prestation des services (article 1, 1^{er} alinéa).

Pour y parvenir, le projet de loi propose une multitude de mesures, notamment :

- La mise en place de mécanismes d'accès aux services;
- Une nouvelle gouvernance clinique des établissements, dont de nouvelles règles de composition, de nomination et de fonctionnement des divers comités;
- Des mesures particulières relatives à l'organisation et au fonctionnement des établissements et des prestataires privés;
- L'établissement d'un nouveau régime d'examen des plaintes et la nomination d'un commissaire national aux plaintes et à la qualité des services.

En résumé, le projet de loi n° 15 propose une séparation des rôles entre les orientations et les opérations. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) assumera les fonctions d'orientation, de planification, de mesure de la performance et de financement. L'agence, quant à elle, aura le mandat de coordonner les opérations du réseau de la santé et des services sociaux.

Le ministre de la Santé demeurera responsable des orientations du MSSS et des opérations de l'agence; il déposera les états financiers et le rapport annuel de gestion de Santé Québec aux élues et élus de l'Assemblée nationale (article 104).

Pour nos organisations, l'ampleur des changements proposés nécessite que nous prenions tout le temps nécessaire, collectivement, pour réfléchir et pour débattre de diverses propositions de départ. L'importance des défis à relever pour assurer le droit à la santé à toutes les citoyennes et à tous les citoyens du Québec nous impose cette responsabilité.

1. Des défis de gouvernance majeurs

La CSQ et la FSQ-CSQ reconnaissent que le statu quo n'est pas souhaitable et n'est plus possible.

Nous l'avons constaté, la crise sanitaire mondiale de la COVID-19 a ébranlé l'entière de nos systèmes sociaux, politiques et économiques. La pandémie a mis en lumière les lacunes et les vulnérabilités de notre système de santé et de services sociaux. Tout comme le gouvernement, nous reconnaissons qu'il faut en tirer les bonnes leçons et qu'il est nécessaire d'en améliorer la gouvernance.

Les défis sont nombreux et complexes en raison des milliers d'installations à missions multiples réparties sur l'ensemble du territoire québécois et mobilisant plus de 300 000 travailleuses et travailleurs. Qui plus est, notre réseau est dynamique; son environnement scientifique, clinique, social, territorial et organisationnel est en constante mutation.

Sans oublier la grave pénurie de personnel qui accentue la pression déjà très élevée sur le personnel surchargé et épuisé. Aussi, peu importe les changements de structures et de fonctionnement proposés, le gouvernement doit agir prioritairement sur cet enjeu en améliorant, notamment, les conditions de travail et d'exercice du personnel de la santé, sans quoi tout projet de réforme est voué à l'échec.

À la lumière des défis qui font largement consensus, nous estimons, tout comme le gouvernement, qu'il est essentiel de mieux définir les rôles et les responsabilités de chacun des paliers de gouvernance, sur le plan tant des installations et des établissements que du gouvernement. Or si les constats font l'unanimité, qu'en est-il des solutions proposées?

1.1 Nos valeurs collectives

Il va sans dire que les enjeux de gouvernance joueront un rôle central dans l'avenir de notre réseau public de la santé et des services sociaux (RSSS) et, pour la CSQ et ses nombreux affiliés présents dans toutes les régions du Québec, les grandes orientations stratégiques qui seront retenues devraient refléter les valeurs communes à partir desquelles nous souhaitons nous gouverner collectivement (Centrale des syndicats du Québec [CSQ], 2022 : 1).

Défendre les services publics afin d'assurer à toutes et à tous un accès équitable à des services de qualité s'inscrit directement dans la mission fondamentale de la CSQ depuis sa création. La Centrale défend un projet de société fondé sur la justice sociale, l'équité et l'égalité des chances pour toutes et tous. Sa mission est d'œuvrer, notamment, à la défense des droits sociaux, en particulier le droit à l'éducation, à la santé, au travail et à des conditions de vie décentes (CSQ, c2023). L'ensemble de son analyse et de ses travaux s'appuie sur ces valeurs et sur ces droits fondamentaux reconnus dans les diverses conventions internationales; le présent mémoire n'y fera pas exception.

Pour les quelque 215 000 citoyennes et citoyens que nous représentons, la refondation du RSSS doit reposer sur une réaffirmation forte de son caractère public. Le rôle social de l'État québécois dans le domaine de la santé et des services sociaux ne peut se limiter à assurer l'accès à des services de santé et leur dispensation. L'État doit assumer pleinement ses responsabilités en matière de prévention et de promotion de la santé en agissant en faveur des déterminants sociaux de la santé. Le Québec a les moyens et le devoir de préserver son modèle de solidarité sociale (CSQ, 2016 : 7).

Aussi, puisque le ministre de la Santé, dans une perspective d'amélioration de la santé et du bien-être de la population, a pour fonction de déterminer les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux et de veiller à leur application (article 19, 1^{er} alinéa), et comme l'objet de la LSSSS qui sera remplacée était beaucoup plus explicite en matière d'approche globale et préventive, nous estimons que l'objet du présent projet de loi doit inclure le libellé de l'objet de la LSSSS.

Cette demande est d'autant plus pertinente que le personnel de Santé Québec doit viser l'atteinte d'un tel objectif :

Santé Québec doit suivre des pratiques de saine gestion respectant le principe de subsidiarité.

Les objectifs suivants doivent guider l'exercice des responsabilités de direction par toute personne au sein de Santé Québec :

[...]

4° la collaboration avec les intervenants du domaine de la santé et des services sociaux en vue d'agir sur les déterminants de la santé et les déterminants sociaux et d'améliorer l'offre de services à rendre à la population (article 29).

La CSQ et la FSQ-CSQ recommandent au gouvernement :

Recommandation 1

1. D'inclure dans le libellé de l'objet de la loi (article 1) une définition plus globale de la santé incluant les enjeux de promotion et de prévention de la santé et reconnaissant l'importance d'agir sur les déterminants de la santé et les déterminants sociaux, et de contrer les inégalités sociales de santé.

Dans le même esprit, et parce que nous nous opposons à la vision mercantile des soins, qui est contraire à l'esprit et aux principes de la *Loi canadienne sur la santé* (Canada, 2023) – nous y reviendrons dans la partie 2 de notre mémoire –, nous recommandons que l'article 647 du projet de loi soit modifié.

La CSQ et la FSQ-CSQ recommandent au gouvernement :

Recommandation 2

2. De modifier l'article 647 du projet de loi n° 15 afin qu'il se lise comme suit :

Le ministre surveille et analyse les besoins, l'offre et l'organisation des services du domaine de la santé et des services sociaux ainsi que les circonstances dans lesquelles les personnes y ont accès, afin d'améliorer prioritairement et de façon notable l'accès à ces services publics.

1.2 La santé publique

Dans le présent exercice parlementaire, il importe de ne pas perdre de vue l'essentiel. Nous l'avons vécu lors de crises sanitaires, le contexte peut évoluer constamment et très rapidement. Les expertes et experts sont affirmatifs, de telles situations nécessitent des mesures strictes de précaution, respectant les grands principes de la gestion du risque en santé publique. C'est d'ailleurs ce que recommande la coroner Géhane Kamel dans son rapport d'enquête sur les décès survenus dans des milieux d'hébergement au cours de la première vague de la pandémie :

Le principe de précaution a été à plusieurs occasions soulevé lors des audiences et je ne peux que souscrire à une approche qui soit axée sur la prévention et sur une approche qui établit un processus de gestion du risque.

[...]

En fait, le personnel œuvrant dans le réseau sera le premier à être victime des conséquences découlant des décisions institutionnelles adoptées sans l'application du principe de précaution (Kamel, 2020 : 107).

Le principe de précaution devrait être enchâssé dans les dispositions légales et réglementaires qui régissent la Santé publique (Kamel, 2020 : 108).

Recommandation

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- Introduise le principe de précaution au centre de toute démarche d'évaluation et de gestion des risques (Kamel, 2020 : 122).

L'ouverture et la transparence comptent parmi les grands principes de la gestion du risque en matière de santé publique :

Ouverture : la gestion des risques par la santé publique doit permettre aux parties intéressées et touchées de participer au processus afin qu'elles puissent exprimer leur point de vue, faire connaître leurs perceptions et leurs préoccupations face à la situation, contribuer à la recherche de solutions et influencer les décisions de gestion.

Transparence : la gestion des risques par la santé publique doit assurer un accès facile et le plus rapide possible à toute l'information critique et à toutes les explications pertinentes pour les parties intéressées et touchées, tout en respectant les exigences légales de confidentialité (Institut national de santé publique du Québec, 2003 : VII).

En ce qui a trait aux changements climatiques, mais également à la gestion de diverses situations de crises potentielles, notre meilleure protection demeure la prévention. Aussi, nous jugeons essentiel que le gouvernement rétablisse, par le biais des CLSC et pour chacune des installations de notre réseau, des plans d'action locaux en santé publique qui seront élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour régulièrement par les parties concernées, dont les travailleuses et travailleurs qui connaissent très bien les lacunes, les besoins et les défis de leurs milieux. C'est ce que prévoyait déjà l'article 14 de la *Loi sur la santé publique* (Québec, 2022b) qui a été abrogé par la réforme Barrette!

Le gouvernement du Québec doit redonner aux communautés et aux milieux de soins les leviers décisionnels et les ressources qui leur permettront d'agir rapidement et d'assurer leur sécurité. La planification de proximité et la rapidité d'action seront nos meilleures protections lors des prochaines crises sanitaires ou situations d'urgence.

Est-il nécessaire de rappeler que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère que les changements climatiques et les effets qui y sont associés représentent la plus grande menace du 21^e siècle pour la santé des populations? À part leurs coûts économiques, sociaux et politiques considérables, les crises climatiques et sanitaires menacent de plus en plus la survie de notre humanité.

Selon l'Organisation des Nations Unies (2020 : 72), la communauté internationale doit tirer les conclusions qui s'imposent de cette crise : la COVID-19 « doit marquer un tournant en ce qui concerne la préparation aux urgences sanitaires et l'investissement dans les services publics dont nous avons absolument besoin au XXI^e siècle ».

Tant l'OMS que le Fonds monétaire international (FMI) (Gaspar, Lam et Raissi, 2020) exhortent les gouvernements du monde à renforcer les soins de santé et les dispositifs de protection sociale. Nous l'avons constaté, les crises de l'ampleur de la COVID-19 commandent une intervention rapide des autorités publiques, une réponse que seuls les systèmes publics de santé et de services sociaux bien rodés et financés peuvent orchestrer.

Pour la CSQ et l'ensemble de ses affiliés, le projet de loi n^o 15 doit reconnaître concrètement l'importance de cet enjeu crucial; ce qui n'est pas suffisamment le cas dans la version actuelle.

La CSQ et la FSQ-CSQ recommandent au gouvernement :

Recommandation 3

- 3.1 D'enchâsser le principe de précaution dans les dispositions légales et réglementaires qui régissent les diverses composantes de la Santé publique;
- 3.2 De prioriser la prévention et le principe de précaution dans la stratégie d'évaluation et de gestion des risques sanitaires;
- 3.3 De rétablir, par le biais des CLSC, et pour chacune des installations de notre réseau, des plans d'action locaux en santé publique qui seront élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour régulièrement par les parties concernées, dont les travailleuses et travailleurs qui connaissent très bien les lacunes, les besoins et les défis de leurs milieux;

3.4 De retirer du projet de loi n° 15 toutes les dispositions visant à maintenir l'abolition des plans d'action locaux dans la *Loi sur la santé publique* (articles 937 et 939).

1.3 La responsabilité populationnelle

La CSQ et ses affiliés considèrent qu'aucune approche « mur à mur », centralisée, ne peut répondre adéquatement aux besoins et aux défis particuliers des différentes régions du Québec.

Sans une vigilance locale adéquate au regard de la planification et de la programmation des ressources, et sans un financement adéquat, des ruptures de services, voire des vides complets, surviennent maintenant trop fréquemment. Le financement par programme-service défini par le MSSS, tout comme la disparition des objectifs régionaux, semble avoir limité la capacité des régions à répondre aux besoins particuliers de leur population.

Au cours des dernières années, plusieurs inquiétudes ont été soulevées par certaines localités éloignées qui doutaient fortement que le modèle centralisé améliore l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins. Elles craignaient que leur éloignement des lieux décisionnels les prive de la capacité d'influencer les choix budgétaires parfois difficiles, ce qui pouvait se traduire, selon elles, par le sacrifice de services jugés essentiels.

Encore en 2023, de multiples reculs malheureux s'observent concrètement dans plusieurs régions du Québec, notamment dans les petites localités qui voient la centralisation de nombreux services, entre autres celle des services spécialisés, les priver de services essentiels de proximité.

Aussi, en raison des réformes centralisatrices, diverses régions du Québec sont contraintes, encore aujourd'hui, de couper de nouveaux services essentiels de santé et de transférer encore plus les patientes et patients vers d'autres régions administratives. Souvent, de telles décisions entraînent des délais dans la prise en charge clinique et imposent de nombreux déplacements onéreux, et parfois périlleux, aux usagères et usagers et à leurs proches. Il ne faut pas se surprendre que ces régions réclament le retour de leurs services essentiels de proximité et, pour ce faire, qu'elles souhaitent plus qu'être seulement consultées, comme le propose le projet de loi.

La reconnaissance du caractère distinct de chacune des régions du Québec suppose que les responsables régionaux n'aient pas que des responsabilités populationnelles (imputabilité), mais également de véritables leviers (pouvoirs décisionnels et moyens financiers) pour répondre adéquatement aux besoins et aux défis de leur territoire ainsi que pour assurer la sécurité de leur population.

Bien sûr, dans le projet de loi, nous avons relevé quelques articles dont certains éléments font référence à la notion de responsabilité populationnelle :

Les objectifs suivants doivent guider l'exercice des responsabilités de direction par toute personne au sein de Santé Québec :

[...]

4° la *collaboration* avec les intervenants du domaine de la santé et des services sociaux en vue d'agir sur les déterminants de la santé et les déterminants sociaux et d'améliorer l'offre de services à rendre à la population (article 29, l'italique est de nous) [principe général].

Le conseil d'établissement [...] *donne son avis* au président-directeur général sur les sujets suivants :

1 la prestation des services au sein de l'établissement, notamment *en ce qui concerne* :

[...]

c) *les besoins sociosanitaires et les particularités des communautés* composant la population desservie par l'établissement [...] (article 117, l'italique est de nous). [Or, il s'agit d'un processus consultatif et non décisionnel, et aucun membre du conseil d'établissement n'a d'expertise en matière de responsabilité populationnelle; nous y reviendrons dans la partie 1.4.]

Le conseil d'établissement maintient des relations avec les communautés composant la population desservie par l'établissement. *Au besoin, il procède à des consultations, sollicite des opinions et reçoit et entend les requêtes et les suggestions* de personnes, d'organismes ou d'associations. Il peut aussi créer des sous-comités (article 118, l'italique est de nous). [L'immensité des territoires rend difficile cet exercice, comme c'est le cas actuellement. Le processus de consultation semble facultatif.]

L'établissement a pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à régler les problèmes de santé et de bien-être et à *satisfaire les besoins des groupes de la population* (article 322, l'italique est de nous). [Il s'agit d'un énoncé de principe très général, sans levier concret pour agir.]

Le président-directeur général de l'établissement territorial doit, pour chaque territoire dont celui-ci est responsable, *mettre en réseau* les autres

établissements publics et les autres personnes ou groupements en mesure de fournir des services à la population de ce territoire *dans le but, collectivement, d'assurer* de façon continue l'accès à *une large gamme de services* de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés *visant à satisfaire les besoins sociosanitaires et les particularités de cette population.*

Les personnes et les groupements formant un tel réseau comprennent :

1° les établissements privés;

2° les divers groupes de professionnels;

3° les organismes communautaires;

4° les entreprises d'économie sociale;

5° les prestataires privés;

6° les intervenants des autres secteurs d'activité ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux (article 346, l'italique est de nous). [Nous l'avons dit, l'immensité des territoires rend difficile cet exercice. Aucun mécanisme collectif officiel visant à déterminer les besoins sociosanitaires et les particularités des diverses communautés n'est prévu.]

Le président-directeur général de l'établissement territorial *doit s'assurer de l'offre de services requis pour satisfaire aux besoins sociosanitaires et aux particularités de la population de chaque territoire* dont celui-ci est responsable. À cette fin, le président-directeur général :

1° définit et met en place des mécanismes d'accueil, de référence et de suivi des usagers;

2° instaure des mécanismes ou conclut des ententes avec les intervenants formant le réseau;

3° prend en charge, accompagne et soutient les personnes, notamment celles ayant des besoins particuliers et plus complexes, afin de leur assurer, à l'intérieur du réseau, la continuité des services que requiert leur état;

4° crée des conditions favorables à l'accès aux services médicaux généraux et spécialisés, à leur continuité et à leur mise en réseau, *de concert avec les départements territoriaux* de médecine familiale et de médecine spécialisée, en portant une attention particulière à l'accessibilité [...] (article 347, l'italique est de nous). [Ici également, aucun mécanisme collectif officiel visant à cerner les besoins sociosanitaires et les particularités ne semble être prévu.]

Nul doute, nous percevons la volonté du gouvernement de mieux répondre aux besoins sociosanitaires et aux particularités des diverses communautés, ce que nous saluons.

Toutefois, deux préoccupations demeurent : l'immensité des territoires devant bénéficier de services et les mécanismes de consultation et de collaboration facultatifs ou non suffisamment définis. En fait, dans la version actuelle du projet de loi, aucune instance officielle ne semble avoir la responsabilité de coordonner l'ensemble des travaux visant à bien cerner et à mieux répondre aux besoins sociosanitaires des communautés.

Nous estimons qu'il est essentiel de réintroduire largement le concept de responsabilité populationnelle « locale » dans la gouvernance du RSSS, – ce qui veut dire qu'une offre de services intégrés de qualité soit définie pour chacun des territoires des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS), *en consultation* avec la population, les partenaires du réseau sociosanitaire et des autres secteurs d'activité.

Le projet de loi semble vouloir réintroduire ce concept, du moins en partie, en proposant, notamment, la création de départements territoriaux de médecine familiale qui devront :

[...] préciser, *par territoire de réseau local* de services de santé et de services sociaux, les services fournis par lieu de pratique et la nature des services existants et attendus en termes d'accessibilité et de prise en charge des diverses clientèles *et assurer la mise en place et l'application de la décision de Santé Québec relative à cette organisation* (article 381, l'italique est de nous).

Dans ce cas précis toutefois, le pouvoir décisionnel semble demeurer centralisé.

Pour assurer le maintien ou le retour de services jugés essentiels par les communautés, les établissements de santé et de services sociaux devraient pouvoir se doter d'objectifs régionaux et locaux distincts en matière d'accès, d'intégration, de qualité et d'efficacité des services sociaux et de santé permettant de mieux répondre aux besoins et aux défis de leurs territoires respectifs.

Nous invitons les parlementaires à prendre connaissance d'une étude de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2019) sur les mécanismes d'accès aux services de proximité qui définit très bien les notions de responsabilité populationnelle, de services et de soins de première ligne (ou de proximité), et d'interventions de proximité¹.

¹ Voir l'annexe II.

La CSQ et la FSQ-CSQ recommandent au gouvernement :

Recommandation 4

- 4.1 De privilégier et de renforcer le modèle de prise en charge populationnelle modulant les services en fonction des besoins et des particularités locales;
- 4.2 De permettre aux établissements de santé et de services sociaux de se doter d'objectifs régionaux distincts répondant aux besoins et aux défis de leurs territoires respectifs;
- 4.3 De mettre en place une direction générale adjointe consacrée à la responsabilité populationnelle dans chacune des régions sociosanitaires du Québec;
- 4.4 D'exiger que la direction générale adjointe consacrée à la responsabilité populationnelle chapeaute, pour chacune des régions administratives du Québec, les directions des services, des programmes et des ressources humaines (remettre les ressources et l'organisation réellement au service des gens);
- 4.5 De reconnaître officiellement la mise en place de comités citoyens de vigie des services de santé et des services sociaux dans les municipalités régionales de comté (MRC) et dans les municipalités;
- 4.6 De s'assurer que la prise de décisions liées à la planification et à l'organisation des services et des soins est réalisée le plus près possible des milieux de pratique.

Concernant la dernière recommandation, certaines dispositions du projet de loi, qui portent sur la gouvernance clinique, méritent une attention particulière, notamment l'article 153, qui prévoit la création d'un conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires [de soins et de services] et de l'organisation clinique :

Un établissement de Santé Québec comprend un conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique.

Le conseil exerce les fonctions suivantes :

1° contrôler et apprécier la qualité, *y compris la pertinence*, des trajectoires de services cliniques au sein de l'établissement et en assurer le suivi;

2° *formuler* au président-directeur général *toute recommandation* au sujet de ces trajectoires;

3° *donner son avis* au président-directeur général de l'établissement et lui faire des recommandations sur ce qui suit :

a) les aspects professionnels de l'organisation technique, scientifique et clinique de l'établissement;

b) *la distribution des services cliniques*;

c) les approches novatrices de services et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population;

4° assumer toute autre fonction que lui confie le président-directeur général (article 153, l'italique est de nous).

Et, conformément au règlement intérieur de l'établissement, en ce qui a trait à la pertinence et à l'efficacité des trajectoires cliniques, à l'organisation technique, scientifique et clinique de l'établissement et à la distribution des services cliniques, *ce nouveau conseil interdisciplinaire recevra les avis* du conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes (article 167, 1^{er} alinéa), du conseil des infirmières et infirmiers (article 255, 1^{er} alinéa), du conseil multidisciplinaire des services de santé (article 267, 1^{er} alinéa) et du nouveau conseil multidisciplinaire des services sociaux (article 276, 1^{er} alinéa).

Ainsi avisé, le conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique donnera son avis au PDG de l'établissement, qui pourra statuer, entre autres, sur la pertinence des trajectoires et la distribution des services cliniques. Nous comprenons également, à la lecture de l'article 93 du projet de loi, que les décisions du PDG concernant l'offre de services et de soins dépendront également des ressources financières allouées par Santé Québec, qui serait responsable de la répartition interrégionale des ressources nécessaires au financement du système de santé et de services sociaux.

Bien que le nouveau mécanisme de consultation proposé soit intéressant puisqu'il permettra de considérer le point de vue des divers groupes professionnels, il y aura nécessairement des choix à faire, et ceux-ci reposeront essentiellement sur la haute direction, qui devra respecter les règles budgétaires et les mécanismes d'allocation des ressources financières établis par Santé Québec.

Une question de fond demeure : qui établira le portrait des besoins sociosanitaires et des priorités de santé et de services sociaux particuliers à chacune des régions du Québec? Pour décider des bonnes trajectoires de services à offrir, encore faut-il avoir un portrait précis des besoins.

Actuellement, rappelons que ce sont les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) qui doivent définir un projet clinique et organisationnel déterminant les besoins sociosanitaires et les particularités de la population; les objectifs poursuivis et l'offre de services requise; les modes d'organisation; et les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau. Ces responsabilités étaient auparavant dévolues aux instances locales (articles 99.5 à 99.7 de la LSSSS).

Ajoutons qu'avant la centralisation, l'exercice de la responsabilité populationnelle impliquait pour les acteurs des RLS de « définir, par des démarches participatives avec la population, les partenaires du réseau sociosanitaire et ceux des autres secteurs d'activité, une offre de services intégrée et de qualité, qui répond aux besoins de la population locale² ».

Afin de nous assurer que l'offre de services de santé et de services sociaux répond plus adéquatement aux besoins et aux défis particuliers de chacun des RLS, nous recommandons le maintien de l'article 99.8 de la LSSSS.

La CSQ et la FSQ-CSQ recommandent au gouvernement :

Recommandation 5

5.1 D'insérer l'article 99.8 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* dans le projet de loi n° 15 :

Une instance locale doit recourir à différents modes d'information et de consultation de la population afin de la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et de connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus. Elle doit rendre compte de l'application du présent article dans une section particulière du rapport annuel de gestion.

5.2 De confier la coordination de ces instances locales aux directions générales adjointes consacrées à la responsabilité populationnelle dans chacune des régions sociosanitaires du Québec.

De plus, en ce qui a trait à la répartition interrégionale des ressources nécessaires au financement du système de santé et de services sociaux en fonction des populations à desservir et de leurs caractéristiques sociosanitaires (article 93), nous faisons nôtre la proposition formulée par un collectif d'organisations de la région de l'Outaouais (Mercier, 2023) visant à assurer un partage plus objectif, plus juste et

² Voir l'annexe I.

plus transparent des ressources en santé et services sociaux, entre les régions du Québec.

La CSQ et la FSQ-CSQ recommandent au gouvernement :

Recommandation 6

6. De remplacer le 2^e alinéa de l'article 93 du projet de loi n° 15 par les suivants :

Dans un calcul rendu public, elle alloue aux différentes régions sociosanitaires du Québec, en fonction de leur proportion de la population provinciale, de leur démographie, de leurs particularités géographiques et frontalières, les ressources humaines, financières et infrastructurelles pour assurer l'intégrité et l'efficacité du système de santé.

Les chiffres employés dans le calcul d'allocation des ressources régionales sont mis à jour tous les deux ans, à la suite de consultations publiques avec les intervenantes et intervenants, les organismes et les citoyennes et citoyens dans chaque région sociosanitaire.

1.4 La gouvernance démocratique

La participation démocratique en matière de santé et de services sociaux est essentielle afin de s'assurer du respect du droit à la santé pour toutes les citoyennes et tous les citoyens.

Rappelons que la démocratie implique, entre autres, le droit à l'information, des structures favorisant la participation des différentes parties intéressées, ainsi que de véritables mécanismes de reddition de comptes transparents à l'égard des décideurs et de la population.

Nous estimons que le gouvernement devrait prendre le temps de mener une vaste consultation publique, au-delà des consultations parlementaires en cours, sur les objectifs de la nouvelle réforme proposée.

1.4.1 Garantir une gouvernance responsable et transparente

À notre avis, pour obtenir l'adhésion et la mobilisation des différents partenaires dans un tel projet de réforme des modes de gouvernance, il faut s'assurer d'établir et de préserver un véritable rapport de confiance. À ce titre, nous jugeons essentiel que le gouvernement préserve une structure de gouvernance publique, avec des processus de participation officielle des principaux acteurs, afin d'avoir une vision d'ensemble

permettant la mise en place de solutions globales, durables et équitables pour assurer la pérennité de notre système public de santé et de services sociaux.

Compte tenu de nos valeurs et de nos préoccupations, nous appelons à ce que l'obligation d'assurer une gouvernance publique responsable et transparente soit inscrite dans le libellé de la mission et du mandat de la nouvelle structure de gouvernance.

De plus, nous estimons que la nouvelle structure de gouvernance devrait être soumise à la *Loi sur l'administration publique* afin de garantir la mise en place de processus d'information et de consultation publics, comme en fait foi le chapitre II de cette loi :

Chapitre II Responsabilités générales

SECTION II DÉCLARATION DE SERVICES AUX CITOYENS

6. Un ministère ou un organisme qui fournit directement des services aux citoyens *rend publique une déclaration* contenant ses objectifs quant au niveau des services offerts et quant à la qualité de ses services.

La déclaration porte notamment sur la diligence avec laquelle les services devraient être rendus et fournit une information claire sur leur nature et leur accessibilité.

Les services aux citoyens comprennent, pour l'application de la présente loi, les services offerts à la population et aux entreprises.

7. Un ministère ou un organisme qui fournit directement des services aux citoyens doit :

1° s'assurer de connaître les attentes des citoyens;

2° simplifier le plus possible les règles et les procédures qui régissent la prestation de services;

3° développer chez ses employés le souci de dispenser des services de qualité et les associer à l'atteinte des résultats fixés par le ministère ou l'organisme.

Le ministère ou l'organisme qui l'estime approprié sensibilise les usagers sur le coût des services qu'ils utilisent (Québec, 2022a, l'italique est de nous).

Selon plusieurs articles de ce projet de loi (articles 30, 47, 54, 55, 61, etc.), Santé Québec sera soumise à certains égards à la *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État* (Québec, 2023c). Or l'article 34 de cette loi stipule qu'une société qui n'est pas assujettie au chapitre II de la *Loi sur l'administration publique* doit établir un plan stratégique comportant, outre son énoncé de mission, les mêmes éléments que ceux prévus à l'article 99 du projet de loi :

Le plan stratégique de Santé Québec est établi dans la forme et selon la teneur et la périodicité déterminées par le gouvernement. Il doit notamment indiquer :

- 1° le contexte dans lequel évolue Santé Québec et les principaux enjeux auxquels elle fait face;
- 2° les objectifs et les orientations stratégiques de Santé Québec;
- 3° les résultats visés au terme de la période couverte par le plan;
- 4° les indicateurs de performance utilisés pour mesurer l'atteinte des résultats;
- 5° tout autre élément déterminé par le ministre (article 99).

Santé Québec doit communiquer au ministre tout renseignement qu'il exige sur ses activités, dans la forme et selon la périodicité qu'il détermine (article 103).

Le ministre dépose les états financiers et le rapport annuel de gestion de Santé Québec visés à l'article 101 à l'Assemblée nationale dans les 30 jours de leur réception ou, si elle ne siège pas, dans les 30 jours de la reprise de ses travaux (article 104).

Compte tenu du rôle décisif que sera appelée à jouer la nouvelle structure de gouvernance, des implications sociopolitiques majeures entourant la création de Santé Québec, et parce qu'il s'agit du portefeuille public le plus important, nous recommandons que le plan stratégique de Santé Québec soit également déposé à l'Assemblée nationale.

Cette demande s'avère d'autant plus pertinente qu'il faut s'assurer que le nouveau régime de gouvernance respecte les règles et l'esprit de la *Loi canadienne sur la santé* (Canada, 2023) en ce qui a trait aux conditions pour recevoir la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 de cette loi (la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité).

La CSQ et la FSQ-CSQ recommandent au gouvernement :

Recommandation 7

- 7.1 D'inscrire les principes de gouvernance publique responsable et transparente dans le libellé de la mission et du mandat de la nouvelle structure de gouvernance – Santé Québec;
- 7.2 De soumettre la nouvelle structure de gouvernance – Santé Québec – à la *Loi sur l'administration publique*, afin de garantir la mise en place de processus d'information et de consultation publics, comme en fait foi le chapitre II de cette loi;
- 7.3 D'insérer, avant le premier paragraphe de l'article 99, le paragraphe suivant :

1^o la mission de Santé Québec;
- 7.4 De déposer le Plan stratégique de Santé Québec visé à l'article 99 à l'Assemblée nationale dans les 30 jours de sa réception ou, si elle ne siège pas, dans les 30 jours de la reprise de ses travaux.

1.4.2 Rétablir et préserver nos leviers démocratiques

Pour assurer le respect des droits fondamentaux, nous estimons que les structures de gouvernance doivent tenir compte des diverses réalités et expertises et qu'elles doivent mettre en place de véritables mécanismes démocratiques permettant aux organisations de défense des droits et à la société civile d'être informées, de surveiller et d'influencer les grandes orientations et les travaux qui transformeront le système public de santé et de services sociaux.

Afin de rétablir et de maintenir le rapport de confiance nécessaire à toute transformation en matière de gouvernance, il est essentiel de corriger l'actuel déficit démocratique sur le plan régional et, surtout, de ne pas le reproduire sur le plan national (agence Santé Québec).

Sur le plan local

Nous l'avons dit, nous souhaitons le retour de la responsabilité populationnelle locale par laquelle les acteurs des RLS pourraient participer à définir, par des démarches participatives avec la population, les partenaires du réseau sociosanitaire et ceux des autres secteurs d'activité, une offre de services intégrée et de qualité, qui répond aux besoins de la population du RLS (maintien de l'article 99.8 de la LSSSS). Nous

recommandons le retour de mécanismes de consultation et de collaboration locaux officiels, et non facultatifs.

Sur le plan régional (territorial)

Nous l'avons mentionné également, nous recommandons que les établissements de santé et de services sociaux puissent se doter d'objectifs régionaux distincts répondant aux besoins et aux défis de leurs territoires respectifs; et qu'une direction générale adjointe consacrée à la responsabilité populationnelle soit mise en place pour chacune des régions sociosanitaires du Québec.

Cette direction adjointe nous apparaît d'autant plus nécessaire que, dans le libellé législatif actuel, seul le PDG de l'établissement pourra statuer officiellement sur l'offre de soins et de services pour l'ensemble de son territoire. Comment un PDG pourrait-il, à lui seul, bien orchestrer les recommandations que lui aura soumises le conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique, les avis que lui soumettront les membres du nouveau conseil d'établissement, et l'ensemble des travaux du comité de vigilance et de la qualité auquel il siège? Rappelons que ce comité est responsable du suivi des plaintes et des signalements, de la coordination de l'ensemble des activités des autres instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer des responsabilités relatives à l'accessibilité aux services, à la pertinence, à la qualité, à la sécurité ou à l'efficacité des services rendus, de même qu'au respect des droits des usagères et usagers (article 121).

La CSQ souhaitait le retour des postes réservés aux personnes élues par la population, aux organismes communautaires et au personnel de la santé dans la composition des conseils d'administration. Nous souhaitons ainsi que les porte-parole de la communauté puissent faire entendre leurs préoccupations. Nous saluons donc la présence, sur les nouveaux conseils d'établissement, d'usagères et d'usagers de l'établissement (5), d'une personne issue du milieu communautaire, d'une du milieu de l'enseignement et de la recherche et d'une du milieu municipal (article 107, 1^{er} alinéa). Cependant, nous avons de très fortes réserves quant à la présence d'une personne issue du milieu des affaires qui pourrait ainsi avoir accès à des informations confidentielles ou stratégiques. Toutefois, nous savons qu'une offre de services publics de qualité constitue une condition essentielle pour la survie et le développement des régions. Obtenir des services de santé de proximité s'avère, pour les citoyennes et citoyens, les travailleuses et travailleurs, les résidentes et résidents permanents ou non, un élément majeur qui influence leur choix de s'établir dans une région éloignée, d'y rester ou de la quitter. Aussi, afin de respecter le principe et l'esprit de la gestion publique, nous recommandons au gouvernement de très bien baliser ce profil afin de s'assurer qu'il n'y a pas conflits ou apparence de conflits d'intérêts.

Outre le PDG de l'établissement, nous estimons que les membres des conseils d'établissement doivent être nommés par leurs pairs, par le biais d'une instance régionale reconnue, et non par le conseil d'administration de Santé Québec

(article 107) qui doit consulter les organismes *qu'il considère* comme représentatifs du milieu concerné (article 108).

Nous recommandons que le règlement intérieur de chaque établissement, qui prévoit les règles de fonctionnement du conseil d'établissement (article 116) et ses fonctions (article 117), exige des mécanismes officiels obligatoires de consultation et de concertation avec les diverses organisations de la communauté.

Enfin, nous jugeons essentiel que, parmi les profils recherchés dans la composition des conseils d'administration et d'établissement, tant régionaux (article 107) que national (article 107.1), certains fassent appel à une expertise en matière de responsabilité populationnelle, d'interdisciplinarité et d'organisation des systèmes de santé.

Sur le plan national

Santé Québec devra former un comité national des usagers et voir à son bon fonctionnement (article 24). Les membres seront nommés par son conseil d'administration, et le règlement intérieur de Santé Québec devra prévoir ses règles de fonctionnement (article 67). Ce comité national exercera les fonctions suivantes : favoriser l'harmonisation des pratiques, surveiller l'exercice des fonctions des comités d'usagers, formuler au conseil d'administration de Santé Québec des recommandations et lui donner son avis sur les solutions possibles aux problèmes auxquels font face les usagères et usagers ainsi que toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration de Santé Québec (article 69). Nous estimons que les membres du comité national des usagers devraient être nommés par leurs pairs, par le biais des instances déjà reconnues, et que des postes devraient être réservés pour les organisations de défense des droits.

1.4.3 Parmi nos autres préoccupations et questionnements

Bien que les services de santé et les services sociaux soient compris dans des ensembles bien définis (article 3), le libellé des articles 38 et 39 ne précise pas quel type d'établissement devra assurer la prestation des services de protection de la jeunesse et des services de réadaptation. Ces articles devraient le préciser.

La LSSSS détermine déjà précisément à quelle classe appartiennent les divers centres de services (par exemple, il existe cinq classes de centres de réadaptation) (article 86 de la LSSSS). Le projet de loi mentionne que le règlement intérieur de Santé Québec pourra établir des classes auxquelles appartiennent ces centres et classer ces derniers par type afin de préciser la nature des services de santé ou des services sociaux fournis dans chacun des centres ou de préciser les usagères et usagers auxquels ils sont destinés (article 41). Nous estimons que toutes les modifications aux classes et aux types de centres actuels devraient faire l'objet de consultations publiques.

Bien que nous comprenions qu'un nombre important de nouveaux règlements seront nécessaires à la mise en œuvre de ce nouveau modèle d'organisation des services de santé et de services sociaux au Québec, nous jugeons déraisonnable la réduction draconienne des délais de publication et de mise en vigueur prévus à l'article 1176 du projet de loi. Nous demandons que les délais prévus à la *Loi sur les règlements* (Québec, 2023e) soient maintenus.

Nous ne comprenons pas pourquoi la présente loi pourra être citée sous le titre de *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* (article 1 177).

La CSQ et la FSQ-CSQ recommandent au gouvernement :

Recommandation 8

8.1 De remplacer le premier alinéa de l'article 107 par le suivant :

Le conseil d'établissement est composé du président-directeur général et des personnes suivantes, nommées pour un mandat de quatre ans par leurs pairs, par le biais d'une instance régionale reconnue :

1° cinq usagers de l'établissement;

2° une personne issue de chacun des milieux suivants :

a) le milieu communautaire,

b) le milieu de l'enseignement et de la recherche,

c) le milieu des affaires,

d) le milieu municipal.

8.2 De faire en sorte que le règlement intérieur de l'établissement de Santé Québec, qui prévoit les règles de fonctionnement du conseil d'établissement (article 116) et ses fonctions (article 117), exige des mécanismes officiels obligatoires de consultation et de concertation avec les diverses organisations de la communauté;

8.3 D'ajouter les profils suivants dans la composition du conseil d'administration de Santé Québec (article 1071) et la composition des conseils d'établissement (article 107) : une expertise en matière de responsabilité populationnelle, d'interdisciplinarité et d'organisation des systèmes de santé.

Recommandation 9

9. D'abroger le 2^e alinéa de l'article 1 176 du projet de loi.

2. Privatisation : nécessité de défendre notre modèle public québécois

Rappelons que Santé Québec vise à faciliter la mise en œuvre du Plan santé (Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022) qui, lui-même, vise à faire plus de place au privé en santé.

Rappelons que défendre les services publics afin d'assurer à toutes et à tous un accès équitable à des services sociaux et de santé de qualité s'inscrit directement dans la mission fondamentale de la CSQ. Aussi, sans surprise, les parlementaires comprendront que la CSQ et la FSQ-CSQ défendent la gouvernance publique du réseau de la santé et des services sociaux et qu'elles s'opposent à l'accélération de sa privatisation.

D'autant plus que l'intention ministérielle de confier la gouvernance de Santé Québec à des gestionnaires du secteur privé, qui accéderaient ainsi au lieu décisionnel le plus puissant au sein de notre réseau, nous apparaît contraire aux principes et à l'esprit d'une saine gouvernance publique.

Alertées par les nombreuses dispositions du projet de loi n^o 15³ annonçant très clairement les volontés de privatisation, toutes les organisations syndicales du Québec en santé et services sociaux se sont unies pour présenter leur énoncé de principes concernant le Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé – Plan santé du gouvernement, qui remet en cause les principes fondamentaux de notre réseau public de santé et de services sociaux. En voici un extrait :

Nous sommes farouchement opposés à toute forme de privatisation du RSSS, que nous identifions notamment comme une cause importante des problèmes d'accès aux soins et services en première ligne, tant sur le plan médical que psychosocial. Nous défendons les principes de l'universalité de l'accès et de la gratuité – fondements d'une société juste et solidaire – ce qui implique un financement entièrement public, de même qu'une gestion et une prestation publiques des soins et des services.

³ Articles 1, 2, 7, 23, 29, 57, 58, 63, 412, 413, 445, 485, 488, 508, 546, 570, 647, 651, 667, 674, 680 ss, 692, 753, etc.

En ce sens, nous croyons qu'il est nécessaire de garantir l'accessibilité à l'offre de soins et de services dans le réseau public au bénéfice de l'ensemble de la population du Québec. Le secteur privé s'accapare le financement et les ressources humaines qui devraient être offerts au réseau public, mais il n'offre que les services rentables et en profite pour augmenter les prix en raison de ses impératifs d'obtenir une marge de profit. Il n'y a pas de place pour de la marchandisation de la santé ni de ressources pour financer des profits au privé. En conséquence, nous aspirons à mettre fin à toute nouvelle intrusion du secteur privé dans le réseau public. Plus encore, nous souhaitons que le recours au privé soit éliminé et que le personnel qui y œuvre soit intégré aux équipes du secteur public (CSQ et autres, 2023 : 1).

Le ministre affirme vouloir faire « une place intelligente au privé en santé ». Il compte, notamment, recourir davantage aux services des cliniques médicales privées, mieux encadrer le recours aux agences privées de placement et prévoir un pouvoir d'enquête et d'administration provisoire lorsque requis à l'égard des établissements d'hébergement privés.

Or depuis plusieurs années, les investisseurs privés occupent une place grandissante dans le réseau de santé québécois et, pourtant, il existe toujours d'importants problèmes d'accès, et les coûts ne cessent de grimper. Plutôt que d'être la solution, la privatisation constitue, selon nous, l'un des problèmes à résoudre.

2.1 Des solutions publiques pour améliorer l'accès

Depuis plusieurs décennies, les gouvernements qui se sont succédé à Québec ont procédé à de nombreuses réformes du système de santé et de services sociaux, sous prétexte d'en améliorer l'efficacité : création des régies régionales en 1991, virage ambulatoire en 1998, transformation des régies en agences régionales en 2005, fusion des 182 établissements publics en 34 entités et abolition des agences régionales en 2015 et, aujourd'hui, création de Santé Québec.

Force est d'admettre que ces réformes n'ont pas permis d'améliorer significativement l'accès aux services et aux soins. Elles ont :

- Privilégié une organisation du système basée essentiellement sur les services médicaux et hospitaliers;
- Centralisé toujours davantage les pouvoirs décisionnels et aboli de nombreux leviers démocratiques qui permettaient de mieux prendre en compte les besoins des milieux et des régions;
- Tardé à mettre en place des modèles de soins et de services axés davantage sur la collaboration interprofessionnelle, et à créer les conditions concrètes qui auraient favorisé une telle collaboration.

La CSQ et la FSQ-CSQ prônent des solutions publiques depuis fort longtemps, parmi celles-ci :

- Améliorer l'accès aux services de première ligne en reconnaissant les diverses expertises de l'ensemble des ressources humaines du réseau, en utilisant de façon optimale leurs compétences et en favorisant le travail interdisciplinaire.
- Généraliser les ordonnances collectives et les protocoles de soins pouvant être exécutés par du personnel non médical, et uniformiser les pratiques permises entre différents types de professionnelles et professionnels dans l'ensemble des établissements.
- Diversifier les portes d'entrée dans le système, particulièrement pour les urgences mineures, les troubles de santé mentale et les services sociaux. La population doit avoir accès à des services sans rendez-vous, où l'ensemble des intervenantes et intervenants peuvent collaborer à la prise en charge et au suivi des gens, selon leur champ de compétence.
- Réviser le modèle de rémunération à l'acte dont bénéficient certains professionnels et professionnelles de la santé. En effet, comment prendre les décisions en collectifs de soins, alors que certaines de ces décisions peuvent affecter les revenus des personnes professionnelles détenant un statut d'entreprise privée ou de travailleuse ou travailleur autonome et, qui plus est, l'autorité fonctionnelle?
- Renoncer à la centralisation des services et rétablir les différents paliers décisionnels dans les milieux afin de mieux répondre aux besoins des collectivités et de préserver les services essentiels de proximité.

En fait, selon notre analyse, ce sont tant les réformes centralisatrices et bureaucratiques que les années de privatisation et de mesures d'austérité, qui ont laissé nos établissements de santé publics sous-financés et en sous-effectifs, qui expliquent en très bonne partie les problèmes d'accès croissants que nous connaissons aujourd'hui.

2.2 Les dérives du privé pourtant connues

Dans son rapport d'enquête (Kamel, 2020 : 111) concernant 53 décès survenus dans des milieux d'hébergement au cours de la première vague de la pandémie, la coroner Géhane Kamel explique comment les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) privés ont été l'un des angles morts importants de la crise. Le taux de mortalité y a été plus élevé. Les ententes de services temporaires et les contrats d'achats de places pour désengorger les hôpitaux basés sur la règle du plus bas soumissionnaire ne pouvaient pas garantir la qualité des services et des soins requis.

Les agences privées de placement, quant à elles, coutent cher. En effet, la facture totale a plus que triplé en 3 ans pour atteindre un record de 875 millions de dollars en 2022. De plus, le recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) déstabilise les équipes de soins, nourrit le sentiment d'iniquité, démobilise le personnel et favorise ainsi l'exode encore plus important des ressources publiques vers le privé. La MOI contribue directement à amplifier les problématiques de pénurie de main-d'œuvre. Plutôt que d'assurer un meilleur encadrement, le gouvernement doit mettre fin au plus vite à cette pratique.

Des questions toujours sans réponses

Le gouvernement souhaite, entre autres, faire appel davantage aux services des cliniques médicales privées pour prendre en charge un plus grand nombre d'interventions chirurgicales ambulatoires, comme l'auraient permis jusqu'à maintenant divers projets-pilotes lancés en 2016, en 2019 et en 2021. Comme il est clairement indiqué dans le Plan santé, le gouvernement compte établir davantage de partenariats privés sous prétexte d'une plus grande efficacité, toujours non démontrée, du moins publiquement.

Quels seront les couts réels de ces partenariats privés et pourquoi les investissements publics ne sont-ils pas plutôt accordés aux hôpitaux publics? Rappelons que, malgré nos demandes répétées, aucun des projets-pilotes mis de l'avant depuis 2016 n'a fait l'objet d'une évaluation publique démontrant leur plus grande efficacité et mesurant leurs impacts humains et financiers sur l'ensemble du réseau. Or, le bilan du premier projet-pilote de chirurgies d'un jour réalisées en cliniques privées démontre que ces opérations peuvent coûter jusqu'à deux fois et demie plus cher au Trésor québécois que celles réalisées dans le réseau public (Plourde, 2023).

Des inquiétudes grandissantes

D'autres recherches récentes sur le privé en santé menées par l'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS) ont de quoi nous inquiéter (Hébert et Lavoie-Moore, 2022). L'une d'elles (Plourde, 2021) révèle que, derrière leur apparence « locale », les grands groupes de résidences privées pour aînés (RPA) n'ont rien de la petite entreprise familiale québécoise. Derrière eux se cachent « des structures complexes et multinationales comptant plusieurs dizaines d'entreprises, pour la plupart des coquilles vides sans employé » (Deslauriers, 2021). À titre d'exemple, la résidence Manoir Outremont (Cogir Résidences) possède une structure de propriété comptant 31 organisations à travers le monde, y compris au Luxembourg, un paradis fiscal reconnu.

En ce qui a trait aux groupes de médecine de famille (GMF), ceux-ci devaient favoriser l'accès aux médecins de famille, désengorger les urgences et faciliter

l'accès aux services psychosociaux. Malgré les fonds publics importants et les ressources professionnelles supplémentaires qui leur sont accordés, plusieurs supercliniques privées n'offrent toujours pas le nombre minimal de visites médicales promises à l'égard de patientes et patients sans médecin de famille (Plourde, 2022). L'étude de l'IRIS démontre que 48 % d'entre elles utilisent aussi des entreprises fictives dans le but de dissimuler leurs bénéfices à des fins fiscales.

En somme, la logique marchande du secteur privé occasionne de nombreuses difficultés qui réduisent d'autant l'efficacité de notre système public de santé et de services sociaux : optimisation de la facturation; opacité et reddition de comptes ardue; sélection des interventions plus lucratives accaparant une part croissante des ressources limitées, et ce, au détriment des autres services essentiels; non-prise en charge des cas complexes et des complications; etc.

2.3 La multiplication des mesures d'encadrement nécessaires

Nous le constatons, le législateur a prévu de multiples dispositions et de nombreuses règles jugées nécessaires pour améliorer l'accès aux services et pour assurer la qualité et la sécurité des soins offerts par les prestataires privés. Ces règles portent notamment sur : les autorisations et les conditions d'exploitation; les mesures d'aide, de surveillance et de contrôle; les pouvoirs d'inspection et d'enquête; le régime de sanctions administratives et pécuniaires; les règles de recouvrement; les dispositions pénales; etc.

À priori, ces règles semblent nécessaires. Or, ce système parallèle d'encadrement des prestataires privés soulève, ultimement, la question de la prétendue efficacité d'avoir recours au privé. La multiplication et la complexité des diverses règles à élaborer, à mettre en œuvre, à surveiller et à corriger; l'ambiguïté potentielle quant à certains rôles et certaines responsabilités; la multiplication des normes et des besoins de contrôle qui entraîneront inévitablement une hausse des coûts; et le respect des déclarations et des engagements difficiles à assurer... risquent d'être très compliqués et onéreux.

2.4 Les risques de judiciarisation croissante

Puisque le projet de loi a pour objectif d'améliorer l'efficacité de la gouvernance et de la gestion du système de santé, le gouvernement ne peut faire abstraction des risques de judiciarisation croissante découlant de ses choix législatifs. La multiplication des prestataires privés – intervenante ou intervenant ou organisme – pourrait possiblement entraîner une hausse des contestations de décisions devant le Tribunal administratif du Québec. Pensons aux décisions concernant :

- Le refus d'accorder une autorisation (article 517);

- La suspension, la révocation ou le non-renouvellement d'une autorisation (article 540);
- Les demandes d'exonération de paiement (article 661);
- L'imposition de sanctions administratives pécuniaires (article 691, 1^{er} alinéa).

Une telle situation viendrait engorger un système de justice déjà surchargé et occasionner des coûts additionnels que l'on ne pourrait ignorer. Si le gouvernement compte aller tout de même de l'avant, nous recommandons qu'une analyse d'impacts soit réalisée et qu'un registre des contestations judiciaires soit périodiquement transmis au Vérificateur général du Québec.

Enfin, nous partageons entièrement les préoccupations formulées par la vérificatrice générale, Guylaine Leclerc, lors de son audition à la présente commission parlementaire, le 19 avril dernier. Nous appuyons entièrement sa recommandation de désigner le Vérificateur général du Québec comme seul auditeur des livres et des comptes de Santé Québec.

Également, il faut s'assurer que les travaux d'audit du Vérificateur général du Québec peuvent être menés adéquatement à l'égard de tous les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés. Il doit avoir accès aux installations des établissements privés, à leurs états financiers et à tout document qu'il jugerait nécessaire de vérifier.

La *Loi sur le vérificateur général* (Québec, 2023d) l'autorise à auditer les organismes recevant des subventions, ainsi que les organismes dont 50 % des revenus proviennent des fonds publics et dont la majorité des membres de leur conseil d'administration sont nommés par le gouvernement ou par une entité publique.

Afin d'assurer l'intérêt public et de garantir le contrôle parlementaire sur l'utilisation des fonds publics, nous recommandons, à l'instar de la vérificatrice générale, que, quels que soient le mode de financement des établissements privés de santé et le libellé utilisé dans la loi pour définir ce financement, le Vérificateur général du Québec ait tous les leviers nécessaires pour vérifier adéquatement l'utilisation des fonds publics par ces établissements. Dans le même esprit, nous estimons que l'évaluation de l'efficacité et de la performance de Santé Québec ne devrait pas être confiée à une firme indépendante (article 809), mais plutôt au Vérificateur général du Québec. Même si le gouvernement affirme que faire plus de place au privé en santé ne constitue d'aucune manière une entorse au principe d'universalité, il a l'obligation morale d'agir dans l'intérêt supérieur de tous les citoyens et citoyennes du Québec en s'assurant, notamment, que les coûts des services privés ne mettent pas en péril le financement des autres services essentiels de santé.

La CSQ et la FSQ-CSQ recommandent au gouvernement :

Recommandation 10

- 10.1 De constituer un registre provincial des contestations judiciaires en lien avec l'application de la présente loi, aux fins d'analyse des coûts et des impacts sur le système de justice, et de s'assurer qu'il est périodiquement transmis au Vérificateur général du Québec;
- 10.2 De désigner le Vérificateur général du Québec comme seul auditeur des livres et comptes de Santé Québec;
- 10.3 De donner au Vérificateur général du Québec tous les leviers nécessaires pour vérifier adéquatement l'utilisation des fonds publics par ces établissements, quels que soient le mode de financement des établissements de santé et le libellé utilisé dans la loi pour définir ce financement;
- 10.4 De confier l'évaluation de l'efficacité et de la performance de Santé Québec au Vérificateur général du Québec.

3. Démocratie syndicale : le sentiment d'appartenance comme levier de mobilisation

La liberté d'association est un droit fondamental de la société libre et démocratique que le Québec constitue. Cette liberté a été enchâssée tant dans la *Charte canadienne des droits et libertés* que dans la *Charte des droits et libertés de la personne*. Dans la sphère du monde du travail, la liberté d'association permet aux travailleuses et travailleurs de s'unir, de s'organiser, de revendiquer de meilleures conditions de travail et d'exercer un rapport de force juste et équitable dans la négociation de ces conditions de travail.

Les luttes syndicales sont ancrées dans l'histoire contemporaine du Québec, et un regard sur le secteur de la santé et des services sociaux permet de voir comment les différents groupes de travailleuses et travailleurs dans ce secteur ont lutté à travers les années afin d'améliorer leurs conditions tout en portant à bout de bras la mission de protéger et d'améliorer la santé et le bien-être de la population. En effet, un simple regard en arrière sur la pandémie de la COVID-19 suffit afin de voir les sacrifices que ces travailleuses et travailleurs ont dû faire, parfois au péril de leur vie, de leur santé et de leur vie familiale.

Le projet de loi n° 15 et la volonté gouvernementale de modifier les structures administratives dans le secteur de la santé doivent donc être mus avec respect et

considération pour la protection de la dignité et des droits fondamentaux des travailleuses et travailleurs. Or dès l'introduction du projet de loi n° 15, il y avait des motifs raisonnables de craindre que ce fût plutôt la volonté affirmée du gouvernement de s'attaquer au soi-disant « carcan syndical » (Vailles, 2023) et d'utiliser son pouvoir législatif afin de réduire le rapport de force des syndicats de la santé. Il appartient donc au gouvernement d'être transparent dans ses intentions et d'être respectueux tant des droits collectifs qui sont portés par les syndicats que des droits individuels que chacune des travailleuses et chacun des travailleurs possèdent.

Les tribunaux ont établi que la liberté d'association permet aux travailleuses et travailleurs du Québec de s'unir entre eux et de fonder un syndicat pour faire face, à armes plus égales, à la puissance d'un employeur (Association de la police montée de l'Ontario c. Canada, 2015). Au Québec, ces principes se manifestent dans le *Code du travail*, qui édicte les règles à respecter dans la création d'un syndicat et de son accréditation, lui permettant alors d'agir comme agent négociateur au nom de ses membres.

La liberté d'association permet donc aux travailleuses et travailleurs de s'unir selon des intérêts communs et d'exercer une vie syndicale démocratique leur donnant la possibilité de défendre cette communauté d'intérêts. Le principe général du *Code du travail* permet aux travailleuses et travailleurs de définir cette communauté d'intérêts et la frontière de l'unité de négociation qu'ils revendiquent. Bien sûr, l'employeur peut faire des représentations sur l'unité de négociation et, ultimement, le Tribunal administratif du travail peut trancher afin de déterminer la description appropriée, toujours en respectant les principes de la liberté d'association.

Or dans le secteur de la santé, c'est le gouvernement qui, au fil du temps, est venu limiter le droit d'association en introduisant un régime de représentation syndicale en 2003 : la *Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales* (Québec, 2023a). Cette loi a notamment permis au gouvernement de redéfinir unilatéralement les frontières des unités de négociation. Puis, la réforme Barrette de 2014 est venue fusionner des établissements, réorganisant encore plus les unités de négociation en forçant les fusions.

Ces gestes ne sont pas sans conséquence sur la liberté d'association des membres représentés par les syndicats puisqu'à chaque occasion, le gouvernement, qui est aussi indirectement l'employeur, tente de rééquilibrer unilatéralement les relations du travail et fragilise parfois la paix industrielle.

Depuis 2014, les syndicats dans le réseau de la santé rebâtissent un rapport de force convenable leur permettant d'exercer leurs droits fondamentaux. La réorganisation Barrette a fait émerger des employeurs régionaux, mais les syndicats ont su trouver une place en tant qu'acteurs et forces au local. Certes, cela ne s'est pas fait sans défis, mais les travailleuses et travailleurs des différentes régions ont été capables

de défendre leurs intérêts locaux et régionaux tout en gardant une proximité avec leurs membres.

La création d'un immense employeur national ne doit pas avoir pour conséquence d'anéantir les pratiques locales et régionales en forçant la fusion des unités d'accréditation. Sinon, comment des travailleuses et travailleurs d'une région donnée, ayant leur propre communauté d'intérêts, peuvent-ils avoir une liberté réelle de choix, de décision ou d'influence dans l'établissement des conditions de travail?

De plus, en allant de l'avant avec la création d'un employeur unique, soit l'agence Santé Québec, le gouvernement ne doit pas chercher directement ou indirectement à imposer des conditions de travail en dehors d'un exercice véritable de négociation. Or, l'intention législative quant aux objectifs ne semble laisser aucun doute, et le gouvernement ne s'en cache pas : elle vise à réduire le rapport de force des travailleuses et travailleurs sur des questions comme l'ancienneté (Radio-Canada, 2023).

Bien sûr, il est tout à fait légitime pour une partie négociante de formuler des demandes dans un cadre où le rapport de force s'exerce de façon équilibrée. Des concessions peuvent être faites de part et d'autre, et des gains peuvent aussi se réaliser de part et d'autre. Cependant, le gouvernement, sachant qu'il incarne aussi un rôle d'employeur, ne doit pas utiliser l'arme législative en changeant les règles du jeu afin d'obtenir, par l'effet de la loi, ce qu'il ne pouvait pas obtenir par l'effet de la négociation.

Si le Québec est un des endroits où l'on vit le plus vieux au monde, c'est parce qu'il y a un système de santé publique qui est porté par l'ensemble du personnel. Bien sûr, cela n'efface pas le besoin de collectivement chercher à améliorer le réseau et à l'adapter afin de faire face aux différents défis que nous connaissons. Cependant, les travailleuses et travailleurs doivent sentir qu'on leur accorde la confiance, le respect et l'autonomie nécessaires dans ce processus et que l'on ne cherche pas à s'attaquer à leurs droits collectifs et individuels.

La CSQ et la FSQ-CSQ recommandent au gouvernement :

Recommandation 11

11. De faire en sorte que le projet de loi n° 15 et la création de l'agence Santé Québec ne portent pas atteinte aux unités de négociation actuelles, permettant ainsi aux travailleuses et travailleurs de s'associer, de militer, de revendiquer et de négocier selon la communauté d'intérêts qui leur est propre et préservant leurs droits collectifs et individuels.

Conclusion

D'entrée de jeu, nous l'avons mentionné, l'ampleur des changements proposés par cette nouvelle réforme de notre système de santé et de services sociaux nécessite que nous prenions tout le temps nécessaire, collectivement, pour réfléchir et pour débattre des diverses propositions soumises.

Or, les délais très courts entre la publication du projet de loi n° 15 et la tenue des présentes auditions publiques ne nous ont pas permis de bien saisir tous les tenants et aboutissants des nombreuses dispositions législatives.

C'est pourquoi nous avons fait le choix de mettre l'accent sur nos valeurs collectives et nos priorités : le droit à la santé, la santé publique, la responsabilité populationnelle et la gouvernance publique démocratique.

La participation démocratique en matière de santé et de services sociaux est essentielle afin de s'assurer du respect du droit à la santé pour toutes les citoyennes et tous les citoyens.

De plus, pour obtenir l'adhésion et la mobilisation des différents partenaires dans un tel projet de réforme des modes de gouvernance, il faut s'assurer d'établir et de préserver un véritable rapport de confiance. À ce titre, nous jugeons essentiel que le gouvernement préserve une structure de gouvernance publique, avec des processus de participation officielle des principaux acteurs, afin d'avoir une vision d'ensemble permettant la mise en place de solutions globales, durables et équitables pour consolider notre système public de santé et de services sociaux et assurer sa pérennité.

À contrario, nous nous opposons à toute forme de privatisation du RSSS que nous déterminons comme une cause importante des problèmes d'accès aux soins et aux services en première ligne, sur le plan tant médical que psychosocial. La CSQ et l'ensemble de ses affiliés défendent les principes de l'universalité de l'accès et de la gratuité – fondements d'une société juste et solidaire –, ce qui implique un financement entièrement public, de même qu'une gouvernance, une gestion et une prestation publiques des soins, et des services sociaux et de santé.

Liste des recommandations

La Centrale des syndicats du Québec (CSQ) et la Fédération de la Santé du Québec (FSQ-CSQ) recommandent au gouvernement :

Recommandation 1

1. D'inclure dans le libellé de l'objet de la loi (article 1) une définition plus globale de la santé incluant les enjeux de promotion et de prévention de la santé et reconnaissant l'importance d'agir sur les déterminants de la santé et les déterminants sociaux, et de contrer les inégalités sociales de santé.

Recommandation 2

2. De modifier l'article 647 du projet de loi n° 15 afin qu'il se lise comme suit :

Le ministre surveille et analyse les besoins, l'offre et l'organisation des services du domaine de la santé et des services sociaux ainsi que les circonstances dans lesquelles les personnes y ont accès, afin d'améliorer prioritairement et de façon notable l'accès à ces services publics.

Recommandation 3

- 3.1 D'enchâsser le principe de précaution dans les dispositions légales et réglementaires qui régissent les diverses composantes de la Santé publique;
- 3.2 De prioriser la prévention et le principe de précaution dans la stratégie d'évaluation et de gestion des risques sanitaires;
- 3.3 De rétablir, par le biais des CLSC, et pour chacune des installations de notre réseau, des plans d'action locaux en santé publique qui seront élaborés, mis en œuvre, évalués et mis à jour régulièrement par les parties concernées, dont les travailleuses et travailleurs qui connaissent très bien les lacunes, les besoins et les défis de leurs milieux;
- 3.4 De retirer du projet de loi n° 15 toutes les dispositions visant à maintenir l'abolition des plans d'action locaux dans la *Loi sur la santé publique* (articles 937 et 939).

Recommandation 4

- 4.1 De privilégier et de renforcer le modèle de prise en charge populationnelle modulant les services en fonction des besoins et des particularités locales;

- 4.2 De permettre aux établissements de santé et de services sociaux de se doter d'objectifs régionaux distincts répondant aux besoins et aux défis de leurs territoires respectifs;
- 4.3 De mettre en place une direction générale adjointe consacrée à la responsabilité populationnelle dans chacune des régions sociosanitaires du Québec;
- 4.4 D'exiger que la direction générale adjointe consacrée à la responsabilité populationnelle chapeaute, pour chacune des régions administratives du Québec, les directions des services, des programmes et des ressources humaines (remettre les ressources et l'organisation réellement au service des gens);
- 4.5 De reconnaître officiellement la mise en place de comités citoyens de vigie des services de santé et des services sociaux dans les municipalités régionales de comté (MRC) et dans les municipalités;
- 4.6 De s'assurer que la prise de décisions liées à la planification et à l'organisation des services et des soins est réalisée le plus près possible des milieux de pratique.

Recommandation 5

- 5.1 D'insérer l'article 99.8 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* dans le projet de loi n° 15 :

Une instance locale doit recourir à différents modes d'information et de consultation de la population afin de la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et de connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus. Elle doit rendre compte de l'application du présent article dans une section particulière du rapport annuel de gestion.

- 5.2 De confier la coordination de ces instances locales aux directions générales adjointes consacrées à la responsabilité populationnelle dans chacune des régions sociosanitaires du Québec.

Recommandation 6

- 6. De remplacer le 2^e alinéa de l'article 93 du projet de loi n° 15 par les suivants :

Dans un calcul rendu public, elle alloue aux différentes régions sociosanitaires du Québec, en fonction de leur proportion de la population provinciale, de leur démographie, de leurs particularités géographiques et

frontalières, les ressources humaines, financières et infrastructurelles pour assurer l'intégrité et l'efficacité du système de santé.

Les chiffres employés dans le calcul d'allocation des ressources régionales sont mis à jour tous les deux ans, à la suite de consultations publiques avec les intervenantes et intervenants, les organismes et les citoyennes et citoyens dans chaque région sociosanitaire.

Recommandation 7

- 7.1 D'inscrire les principes de gouvernance publique responsable et transparente dans le libellé de la mission et du mandat de la nouvelle structure de gouvernance – Santé Québec;
- 7.2 De soumettre la nouvelle structure de gouvernance – Santé Québec – à la *Loi sur l'administration publique*, afin de garantir la mise en place de processus d'information et de consultation publics, comme en fait foi le chapitre II de cette loi;
- 7.3 D'insérer, avant le premier paragraphe de l'article 99, le paragraphe suivant :
 - 1° la mission de Santé Québec;
- 7.4 De déposer le Plan stratégique de Santé Québec visé à l'article 99 à l'Assemblée nationale dans les 30 jours de sa réception ou, si elle ne siège pas, dans les 30 jours de la reprise de ses travaux.

Recommandation 8

- 8.1 De remplacer le premier alinéa de l'article 107 par le suivant :

Le conseil d'établissement est composé du président-directeur général et des personnes suivantes, nommées pour un mandat de quatre ans par leurs pairs, par le biais d'une instance régionale reconnue :

1° cinq usagers de l'établissement;

2° une personne issue de chacun des milieux suivants :

a) le milieu communautaire,

b) le milieu de l'enseignement et de la recherche,

c) le milieu des affaires,

d) le milieu municipal.

- 8.2 De faire en sorte que le règlement intérieur de l'établissement de Santé Québec, qui prévoit les règles de fonctionnement du conseil d'établissement (article 116) et ses fonctions (article 117), exige des mécanismes officiels obligatoires de consultation et de concertation avec les diverses organisations de la communauté;
- 8.3 D'ajouter les profils suivants dans la composition du conseil d'administration de Santé Québec (article 1071) et la composition des conseils d'établissement (article 107) : une expertise en matière de responsabilité populationnelle, d'interdisciplinarité et d'organisation des systèmes de santé.

Recommandation 9

- 9. D'abroger le 2^e alinéa de l'article 1 176 du projet de loi.

Recommandation 10

- 10.1 De constituer un registre provincial des contestations judiciaires en lien avec l'application de la présente loi, aux fins d'analyse des couts et des impacts sur le système de justice, et de s'assurer qu'il est périodiquement transmis au Vérificateur général du Québec;
- 10.2 De désigner le Vérificateur général du Québec comme seul auditeur des livres et comptes de Santé Québec;
- 10.3 De donner au Vérificateur général du Québec tous les leviers nécessaires pour vérifier adéquatement l'utilisation des fonds publics par ces établissements, quels que soient le mode de financement des établissements de santé et le libellé utilisé dans la loi pour définir ce financement;
- 10.4 De confier l'évaluation de l'efficacité et de la performance de Santé Québec au Vérificateur général du Québec.

Recommandation 11

- 11. De faire en sorte que le projet de loi n° 15 et la création de l'agence Santé Québec ne portent pas atteinte aux unités de négociation actuelles, permettant ainsi aux travailleuses et travailleurs de s'associer, de militer, de revendiquer et de négocier selon la communauté d'intérêts qui leur est propre et préservant leurs droits collectifs et individuels.

Annexe I

Responsabilité populationnelle – Unissons nos forces pour l'amélioration de la santé et du bien-être de notre population!

Extraits du site Web de l'Institut national de santé publique (INSPQ)

inspq.gc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/responsabilite-populationnelle

Apparue en 2003 dans le cadre de la réforme du système québécois de santé et services sociaux, et confirmée en 2005, par la révision de la *Loi sur les services de santé et services sociaux*, la responsabilité populationnelle implique l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné en :

- Rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé pertinents, coordonnés, qui répondent de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population;
- Assurant l'accompagnement des personnes et le soutien requis;
- Agissant en amont, sur les déterminants de la santé.

Cet exercice requiert une collaboration entre les organisations publiques et communautaires des divers secteurs, les établissements privés de santé et les partenaires socioéconomiques agissant sur le territoire local et régional. Ensemble ils mettent à profit leurs leviers et leurs compétences au bénéfice de la population et assument collectivement leur responsabilité. Les CISSS et les CIUSS ont pour rôle de susciter, d'animer et de soutenir ces collaborations sur son territoire.

Partenaires concernés par la responsabilité populationnelle

L'exercice de la responsabilité populationnelle est renforcé par la Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle du MSSS dont la mise en œuvre vise la création de conditions favorables au plein exercice de cette responsabilité. Cela implique pour les acteurs des Réseaux locaux de services (RLS) de :

- S'approprier les données sociosanitaires et en arriver à une vision commune de la réalité territoriale;
- Définir, par des démarches participatives avec la population, les partenaires du réseau sociosanitaire et ceux des autres secteurs d'activité, une offre de service intégrée et de qualité, qui répond aux besoins de la population locale;
- Renforcer l'action sur les déterminants de la santé, de manière à améliorer la santé et le bien-être de l'ensemble de la population locale;

- Assurer le suivi et l'amélioration continue, dans une perspective de plus grande imputabilité.

Annexe II

Extraits du document *Mécanismes d'accès aux services de proximité : état des connaissances*

- **La responsabilité populationnelle** assurée par les CISSS et CIUSSS implique l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être des résidents d'un territoire donné, notamment en rendant accessibles un ensemble de services de santé et de services sociaux pertinents et coordonnés, qui répondent de manière optimale aux besoins exprimés ou non exprimés de la population. La mobilisation des partenaires sectoriels et intersectoriels est essentielle pour mettre en place une approche collaborative d'intervention, en misant sur l'établissement de corridors d'accès entre l'ensemble des acteurs liés à la santé et aux services sociaux sur le territoire, dont les organismes communautaires, les écoles, les centres de pédiatrie sociale, etc. Ces corridors d'accès coordonnés permettraient à l'usager qui présente un besoin de soins de santé ou de services sociaux de recevoir les services nécessaires en temps opportun, peu importe la porte d'entrée utilisée (p. 42).
- **Les soins et les services de première ligne (ou de proximité)** sont axés sur la promotion, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, la réadaptation et les soins de fin de vie. Ils privilégient des approches interprofessionnelles, centrées sur la personne. Intégrant véritablement les approches sociales et de santé, l'instance locale de première ligne constitue la voie d'accès aux services, en particulier pour les clientèles vulnérables, tout en assurant la continuité avec les services de deuxième et troisième lignes. Elle établit des partenariats intersectoriels et mobilisateurs de la participation active des citoyens, dans une perspective de responsabilité populationnelle. Elle favorise le transfert des connaissances et s'appuie sur des approches populationnelles basées sur les déterminants de la santé et sur des méthodes scientifiquement valables et socialement acceptables (p. 7).
- **Les interventions de proximité se définissent avant tout par une territorialisation des pratiques, au sein desquelles les intervenants et professionnels ne travaillent plus à partir des bureaux d'un établissement, mais bien au cœur des communautés où vivent les populations ciblées.** Cela permet d'offrir des services et d'agir directement auprès d'elles et, par extension, d'agir sur les inégalités sociales et de santé. Les approches de démarchage ciblent tous les groupes en situation d'exclusion sociale, à risque, réticents ou incapables d'accéder aux services de proximité, en raison de restrictions physiques, de stigmatisation ou de difficultés financières. Elles permettent d'améliorer la santé, le bien-être et la qualité de vie de la population d'un territoire et, par le fait même, de répondre aux objectifs de la responsabilité populationnelle, en agissant en amont sur les déterminants sociaux et de santé. Ces approches permettent une évaluation globale du fonctionnement et des

habiletés des personnes au quotidien. En agissant ainsi en amont, il est possible de prévenir ou de réduire les hospitalisations des personnes ciblées, de maintenir leur indépendance fonctionnelle, de leur permettre de garder un logement et de soulager certains de leurs symptômes (p. 31).

Bibliographie

- Association de la police montée de l'Ontario c. Canada (Procureur général)* (2015). CSC 1, [En ligne]. [scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/fr/item/14577/index.do].
- CANADA (2023). *Loi canadienne sur la santé, L.R.C. (1985), ch. C-6, mise à jour au 4 avril 2023*, [En ligne], Canada. [laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-6/page-1.html].
- CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2016). *Couverture publique des services en santé et en services sociaux : tabler sur les vrais enjeux et pérenniser le modèle de santé québécois*, Mémoire déposé dans le cadre des consultations publiques menées par le Commissaire à la santé et au bien-être sur le panier de services assurés en santé et en services sociaux au Québec, [En ligne] (janvier), p. 7, D12769. [documentation.lacsq.org/in/documentViewer.xhtml?id=CSQ_0000032208&locale=fr].
- CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2022). *Plan en santé et enjeux de gouvernance : constats et recommandations*, Mémoire présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux, [En ligne] (septembre), p. 1, D13764. [documentation.lacsq.org/in/documentViewer.xhtml?id=6f04166f-3fc8-4916-b842-077900a8a46a&locale=fr&file=/in/rest/annotationSVC/DownloadWatermarkdAttachment/attach_upload_857752c5-23e8-47b1-92f6-7f26d202de2d].
- CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC, et autres (2023). *Intersyndical – Plan Santé : énoncé de principes*, [En ligne], p. 1. [lacsq.org/wp-content/uploads/2023/04/2023-04-14-Enonce-de-principes-F.pdf].
- CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (c2023). *Mission*, [En ligne]. [lacsq.org/csqa/mission/#:~:text=La%20mission%20principale%20de%20la,de%20d%C3%A9mocratie%20et%20de%20coop%C3%A9ration].
- DESLAURIERS, Laurent (2021). *Québec subventionne les multinationales de l'hébergement au détriment des services à domicile* (9 juin). Repéré à iris-recherche.qc.ca/communiques/rpa-quebec-subventionne-les-multinationales-de-l-hebergement-au-detrimement-des-services-a-domicile.
- GASPAR, Vitor, W. Raphael LAM et Mehdi RAISSI (2020). « Des politiques budgétaires pour favoriser la reprise après la COVID-19 », dans *Blogue du Fonds monétaire international*, [En ligne], Washington (6 mai). [imf.org/fr/Blogs/Articles/2020/05/06/blog-fiscal-policies-for-the-recovery-from-covid-19].

HÉBERT, Guillaume, et Myriam LAVOIE-MOORE (2022). « Série / Le privé en santé – Un marché qui croît au détriment de l'accès aux soins », *Institut de recherche et d'informations socioéconomiques*, [En ligne] (13 avril). [iris-recherche.qc.ca/publications/la-progression-du-secteur-prive-en-sante-au-quebec/].

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2019). *Mécanismes d'accès aux services de proximité : état des connaissances*, [En ligne], Québec, INESSS (mai), 55 p. [www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/INESSS/9782550839439.pdf].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2003). *Cadre de référence en gestion des risques pour la santé dans le réseau québécois de la santé publique*, [En ligne], INSPQ (janvier), p. VII. [inspq.qc.ca/pdf/publications/163_CadreReferenceGestionRisques.pdf].

KAMEL, Géhane (2020). *Rapport d'enquête : Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès pour la protection de la vie humaine concernant 53 décès survenus dans des milieux d'hébergement au cours de la première vague de la pandémie de la COVID-19 au Québec*, [En ligne], Bureau du coroner du Québec, 193 p. [coroner.gouv.qc.ca/fileadmin/Enquetes_publicques/2020-EP00265-9.pdf].

MERCIER, Justine (2023). « Réforme Dubé : un plaidoyer pour une équité entre les régions », *Le Droit*, [En ligne] (17 avril). [ledroit.com/2023/04/17/reforme-dube-un-plaidoyer-pour-une-equite-entre-les-regions-d7532e00ca6559e7131f23bec1fdf7de/#:~:text=La%20r%C3%A9forme%20du%20r%C3%A9seau%20de,au%20projet%20de%20loi%2015].

ORGANISATION DES NATIONS UNIES (2020). *Riposte globale du Système des Nations Unies face à la Covid-19 : sauver des vies, protéger les sociétés, reconstruire en mieux*, [En ligne], ONU (septembre), p. 72. [un.org/sites/un2.un.org/files/2020/10/un_comprehensive_response_to_covid19_french.pdf].

PLOURDE, Anne (2021). « Les résidences pour aîné.e.s au Québec : portrait d'une industrie milliardaire », *Institut d'information et de recherches socioéconomiques*, [En ligne] (9 juin). [iris-recherche.qc.ca/publications/les-residences-pour-aine%c2%b7e%c2%b7s-au-quebec-portrait-dune-industrie-milliardaire/].

PLOURDE, Anne (2022). « Bilan des groupes de médecine (GMF) de famille après 20 ans d'existence – Un modèle à revoir en profondeur », *Institut d'information et de recherches socioéconomiques*, [En ligne] (26 mai). [iris-

recherche.qc.ca/publications/bilan-des-groupes-de-medecine-de-famille-apres-20-ans-dexistence-un-modele-a-revoir-en-profondeur/].

PLOURDE, Anne (2023). « Gaétan Barrette a prouvé que le privé en santé coûte plus cher que le public », *Institut d'information et de recherches socioéconomiques*, [En ligne] (24 avril). [iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/cout-chirurgies-cliniques-privees/].

QUÉBEC (2022a). *Loi sur l'administration publique, chapitre A-6.01, à jour au 15 octobre 2022*, [En ligne], Québec, Éditeur officiel du Québec. [legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/a-6.01#:~:text=1.,du%20principe%20de%20la%20transparence].

QUÉBEC (2022b). *Loi sur la santé publique, chapitre S-2.2, à jour au 15 octobre 2022*, [En ligne], Québec, Éditeur officiel du Québec. [legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/s-2.2].

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2022). *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé*, [En ligne], Québec, Le Ministère, 79 p. [cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/gouvernement/MCE/memoires/Plan_Sante.pdf?1649257312].

QUÉBEC (2023a). *Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales, chapitre U-0.1, à jour au 15 mars 2023*, [En ligne], Québec, Éditeur officiel du Québec. [legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/U-0.1].

QUÉBEC (2023b). *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, chapitre O-7.2, à jour au 14 mars 2023*, [En ligne], Québec, Éditeur officiel du Québec. [legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/O-7.2].

QUÉBEC (2023c). *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État, chapitre G-1.02, à jour au 15 mars 2023*, [En ligne], Québec, Éditeur officiel du Québec. [legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/lc/G-1.02.pdf].

QUÉBEC (2023d). *Loi sur le Vérificateur général, chapitre V-5.01, à jour au 15 mars 2023*, [En ligne], Québec, Éditeur officiel du Québec. [legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/lc/V-5.01.pdf].

QUÉBEC (2023e). *Loi sur les règlements, chapitre R-18.1, à jour au 15 mars 2023*, [En ligne], Québec, Éditeur officiel du Québec. [legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/lc/R-18.1.pdf].

QUÉBEC (2023f). *Loi sur les services de santé et les services sociaux, chapitre S-4.2, à jour au 14 mars 2023*, [En ligne], Québec, Éditeur officiel du Québec. [legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/s-4.2].

QUÉBEC (2023g). *Projet de loi n° 15, Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*, [En ligne], Québec, Éditeur officiel du Québec, 43^e législature, 1^{re} session. [assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique_187833&process=Default&token=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vlv9rjij7p3xLGTZDmLVSmJLoqe/vG7/YWzz].

RADIO-CANADA (2023). *Réforme en santé : Dubé veut s'attaquer aux salaires et à l'ancienneté*, [Vidéo en ligne]. Repéré à ici.radio-canada.ca/info/videos/1-8750095/reforme-en-sante-dube-veut-s-attaquer-aux-salaires-et-a-anciennete.

VAILLES, Francis (2023). « Santé Québec : la loi s'attaquera au "carcan syndical" », *La Presse*, [En ligne] (27 mars). [lapresse.ca/actualites/chroniques/2023-03-27/sante-quebec/la-loi-s-attaquera-au-carcan-syndical.php].

