



Regroupement des organismes communautaires de la Gaspésie et
des Îles-de-la-Madeleine - Corporation de développement
communautaire

Projet de loi 15 sur la réforme du système de santé

Mémoire soumis en vue des consultations publiques de la
Commission parlementaire sur la santé et les services sociaux.

ROCGIM-CDC
23 mai 2023

Table des matières

INTRODUCTION	2
PRÉSENTATION DU ROCGIM-CDC.....	2
<i>Historique</i>	2
<i>Membres et mandats</i>	2
<i>Contexte régional en lien avec le système de santé</i>	2
<i>Résumé des observations et recommandations</i>	3
LA DÉMOCRATIE SACRIFIÉE SUR L'AUTEL DE L'EFFICACITÉ	4
UN PROCESSUS QUI N'À DE CONSULTATIF QUE LE NOM.....	4
UN CALENDRIER IRRÉALISTE	4
UNE DÉCENTRALISATION CENTRALISATRICE	5
LA CONCENTRATION DES POUVOIRS DÉCISIONNELS ET ADMINISTRATIFS À L'ÉCHELON NATIONAL.....	5
UNE PERTE D'INFLUENCE DE LA SOCIÉTÉ CIVILE.....	6
L'AUTONOMIE COMMUNAUTAIRE MISE À MAL.....	6
UNE NOMENCLATURE OBSCURE ET CONTRADICTOIRE	7
UNE VOLONTÉ UNILATÉRALE D'INTÉGRATION.....	7
UN DÉMANTÈLEMENT DES SERVICES PUBLICS.....	8
LA PORTE OUVERTE À LA PRIVATISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.....	8
LES CONSÉQUENCES DE LA PRIVATISATION DÉJÀ PALPABLES	9
CONCLUSION : UN RECU DÉMOCRATIQUE SANS PRÉCÉDENT À TOUS LES ÉTAGES.....	10
RECOMMANDATIONS	11
RECOMMANDATION N°1	11
RECOMMANDATION N°2	11
RECOMMANDATION N°3	11
RECOMMANDATION N°4.....	11
RECOMMANDATION N°5	11
RECOMMANDATION N°6.....	12
RECOMMANDATION N°7	12
RECOMMANDATION N°8.....	12
RECOMMANDATION N°9.....	12
RECOMMANDATION N°10.....	12
RECOMMANDATION N°11.....	12

Introduction

Présentation du ROCGIM-CDC

Historique

Le Regroupement des organismes communautaires de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine (ROCGIM) est né en 1995 dans le contexte de la régionalisation du système de santé et des services sociaux et d'une décentralisation des décisions vers les régions. En 2021, le ROCGIM est aussi devenu une corporation de développement communautaire (CDC), rejoignant ainsi un solide réseau national au service de l'action communautaire autonome. Le ROCGIM-CDC est donc un regroupement reconnu par le CISSS de la Gaspésie comme l'interlocuteur privilégié représentant l'ensemble des organismes communautaires autonomes qui œuvrent en santé et services sociaux (OCASSS par la suite) de la Gaspésie et des Îles, et un acteur majeur auprès d'autres instances régionales préoccupées par l'élimination de la pauvreté, le développement social et la participation citoyenne.

Membres et mandats

Le ROCGIM-CDC regroupe de manière multisectorielle 84 organismes communautaires autonomes œuvrant majoritairement en santé et services sociaux, mais aussi dans les secteurs de l'alphabétisation, de la défense des droits, et de la famille. Le ROCGIM-CDC se mobilise depuis plus de 25 ans pour la reconnaissance et le financement de l'action communautaire autonome dans tous les secteurs, ainsi que pour le maintien de services sociaux universels, accessibles et gratuits pour tous et toutes. Il joue ainsi un rôle de représentation, de concertation, de consultation, de promotion et de défense de l'action communautaire autonome. Via ses membres, il est également engagé dans les luttes aux inégalités sociales et de santé et pour l'amélioration du tissu social.

Contexte régional en lien avec le système de santé

Outre sa mission de représentation, d'accompagnement et de soutien à ses organismes membres, le ROCGIM-CDC est également un partenaire privilégié et un interlocuteur essentiel du CISSS de la Gaspésie pour tout ce qui touche le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) et à l'action communautaire autonome. À ce titre, l'équipe du ROCGIM-CDC est reconnaissante d'avoir pu développer une relation de confiance avec les gestionnaires du CISSS de la Gaspésie, avec pour effet d'avoir grandement facilité une gestion coordonnée et équitable de la répartition du financement au niveau régional.

Ces relations de proximité et de partenariat avec le réseau public ont permis la mise en œuvre de cadres régionaux solides et consensuels, favorisant une meilleure imputabilité réciproque entre le milieu communautaire et le CISSS, une meilleure compréhension commune des enjeux liés à l'action communautaire autonome, une meilleure application des politiques et orientations gouvernementales sur le terrain, ainsi qu'une reddition de compte plus efficace.

C'est donc pour toutes ces raisons que le ROCGIM-CDC se sent interpellé et préoccupé par le projet de loi n°15 – *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace* (ci-après PL15).

Résumé des observations et recommandations

Par le présent mémoire, le ROCGIM-CDC entend faire part de ses préoccupations propres concernant sa compréhension des modalités actuellement prévues par le PL15. Les propos qui suivent entendent donc servir de complément régional (en concordance avec l'ancrage territorial du ROCGIM-CDC en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine) à ceux détaillés dans les mémoires présentés par les regroupements provinciaux dont le ROCGIM-CDC est membre ou partenaire, en particulier celui de la Coalition des tables régionales d'organismes communautaires (CTROC) et celui de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (TRPOCB).

Les objectifs du PL15 tels que présentés par le ministre de la Santé sont louables et fort bienvenus; l'efficacité, l'accessibilité et la proximité des services de santé et des services sociaux sont des cibles prometteuses et rassembleuses, et nous les soutenons pleinement. Il semble donc aller de soi qu'un projet de loi aussi ambitieux prenne la forme qu'il a actuellement; ce texte est touffu autant dans son nombre élevé d'articles que dans les changements qu'il entend apporter au système de santé québécois, au point d'avoir été qualifié de « mastodonte », voire de « mammoth » par le ministre Christian Dubé lui-même.

Il apparaît donc particulièrement préoccupant qu'un tel projet de loi fasse l'objet d'analyses et d'audiences limitées en nombre et dans des délais aussi courts; il est évident qu'un processus aussi précipité ne permet pas de consulter adéquatement l'ensemble des acteurs sociaux concernés par ce projet de loi. À moins d'une action du ministre visant à remédier à cette situation, nous considérons donc que le processus entourant l'adoption future de ce projet de loi fait fi des principes essentiels à la notion de représentativité populaire et est indigne d'une société démocratique comme le Québec.

Outre le processus consultatif que nous jugeons insuffisant, le PL15 nous préoccupe à plusieurs égards. Trois éléments majeurs ont notamment retenu notre attention :

- La décentralisation annoncée par le ministre de la Santé nous semble faire figure de façade et nous craignons qu'elle dissimule une perte réelle de pouvoir et d'agentivité pour les acteur-trices de terrain et les instances régionales.
- Nous percevons un affaiblissement potentiel de l'autonomie de l'action communautaire dans certaines dispositions et certains glissements sémantiques dont fait usage le PL15; notons que ce glissement n'est pas inauguré par le PL15 lui-même (les organismes communautaires autonomes et leurs représentant-e-s en font déjà l'expérience depuis plusieurs années dans leurs relations avec les représentant-e-s du ministère de la santé et des services sociaux [ci-après MSSS]) mais qu'il y trouve une confirmation législative inquiétante.
- Ce projet de loi nous semble ouvrir en grand la porte de la privatisation des services de santé et des services sociaux, inquiétude dont nous avons trouvé de nombreux échos dans les mémoires présentés à la Commission de la santé et des services sociaux (ci-après la Commission) dans le cadre des présentes consultations.

La démocratie sacrifiée sur l'autel de l'efficacité

Bien qu'il nous semble de rigueur de saluer l'objectif d'amélioration de l'efficacité du système de santé québécois et qu'il nous apparaîtrait cohérent qu'une telle cible soit soutenue par une volonté d'efficacité dans l'adoption du PL15, nous considérons impropre d'appeler « efficacité » ce qui apparaît aujourd'hui comme de l'empressement gouvernemental. Aucun appel à l'urgence ne peut justifier d'adopter un projet de loi aussi fondamental et ambitieux d'une manière aussi précipitée et avec aussi peu de consultations regroupant aussi peu d'acteurs majeurs de la société québécoise.

Un processus qui n'a de consultatif que le nom

En effet, de nombreux organismes représentant des acteurs essentiels au réseau de la santé et des services sociaux manquent à l'appel des consultations bien qu'ayant fait valoir leur intérêt à y participer. Nous notons en particulier l'absence générale de représentant-e-s du milieu communautaire¹, alors que le PL15 présente plusieurs dispositions touchant les organismes communautaires autonomes. Nous ne nous expliquons pas l'absence de la CTROC aux audiences publiques considérant que ce regroupement est reconnu en théorie et en pratique comme étant un interlocuteur privilégié du MSSS et que plusieurs demandes d'audiences ont été communiquées à la Commission et au ministre de la Santé en ce sens, directement, ainsi que par l'entremise des député-es.

Indépendamment du milieu communautaire, nous notons par ailleurs que ce point a été mentionné à de nombreuses reprises dans les mémoires déposés dans le cadre des consultations sur le PL15, et ce, par des représentant-e-s de différents secteurs liés au réseau de la santé et des services sociaux².

Un calendrier irréaliste

Nous ne nous expliquons pas non plus comment un ministre ayant déclaré que les dispositions présentes au PL15 demanderaient probablement plusieurs années de travail pour être mises en œuvre sur le terrain peut justifier une adoption d'un texte aussi complexe et massif après seulement deux mois de travaux parlementaires et ce, sachant que plusieurs députés ont déclaré ouvertement découvrir de nouveaux éléments à analyser à chaque fois qu'un nouveau mémoire venait à être présenté lors des journées d'audiences publiques tenues par la Commission³.

¹ À l'exception de la Table des regroupements provinciaux des organismes communautaires et bénévoles (TRPOCB) et du Réseau des tables régionales de groupes de femmes du Québec.

² Dont entre autres la Fédération des médecins résidents du Québec, la Centrale des syndicats du Québec, l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux, la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, et la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec.

³ Assemblée nationale du Québec, conférence de presse inter partisane, 10 mai 2023, disponible en ligne.

Une décentralisation centralisatrice

Nonobstant l'empressement gouvernemental, le ministre de la Santé a déclaré à plusieurs reprises vouloir faire du PL15 un outil de décentralisation du système de santé et des services sociaux dans le but d'améliorer la prestation de services et de soins en rapprochant ces derniers de la population. Or, nous constatons que cet objectif semble vouloir être réalisé en concentrant les pouvoirs entre les mains de certaines instances, ce qui nous semble aller à contre-courant de la volonté de décentralisation exprimée.

La concentration des pouvoirs décisionnels et administratifs à l'échelon national

Le mécanisme principal de la décentralisation escomptée consiste en la création de la société d'État Santé Québec, à laquelle seraient fusionnés les établissements actuels du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), c'est-à-dire les CISSS et les CIUSSS. De cette manière, les responsabilités politiques et administratives/gestionnaires se verraient séparées, les premières demeurant une prérogative du MSSS, tandis que les secondes deviendraient celle de Santé Québec. Cette nouvelle société d'État aurait donc notamment la charge de veiller à la répartition des allocations financières (art. 92, 93, 431, 435, 445, 446), dont celles participant du PSOC.

Depuis 1994, la répartition du PSOC aux organismes communautaires autonomes jouit d'une certaine marge de manœuvre au plan régional, via l'élaboration de cadres régionaux construits grâce à de fructueux efforts de collaboration entre les gestionnaires des CISSS et leurs interlocuteurs communautaires régionaux (dont le ROCGIM-CDC est un exemple). Ce faisant, une re-centralisation provinciale de la gestion des allocations financières aurait pour conséquence principale de limiter grandement l'apport des parties concernées et impactées par la répartition des fonds au plan régional, limitant de facto l'objectif de rapprochement des services et des besoins concrets de la population québécoise. En guise d'exemple, la perte des comités régionaux entre les regroupements et le RSSS aboutirait à affaiblir voire gommer la prise en compte des spécificités de chaque région.

Il ne nous semble pas cohérent de vouloir du même souffle assurer une gestion de proximité efficace et concentrer le pouvoir décisionnel entre les mains d'instances gestionnaires nationales déconnectées du terrain. Or, bien que l'article 93 précise que les établissements auront à charge de gérer les enveloppes qui leur seront allouées, aucun mécanisme de délégation de pouvoir n'est précisé, ce qui ajoute à nos inquiétudes quant à la recentralisation administrative qui transparaît dans le PL15 et qui selon nous risquerait d'aboutir à une gestion favorisant les causes et les programmes jugés à la mode plutôt que celles et ceux correspondant aux besoins réels des populations locales.

Une perte d'influence de la société civile

Nous notons également que la concentration du pouvoir au plan provincial s'accompagne d'une concentration des pouvoirs décisionnels résiduels au sein même des régions. Cette limitation de l'agentivité des acteurs sociaux est prévue par plusieurs mécanismes :

- la disparition des conseils d'administration dans les établissements, remplacés par des conseils d'établissement dont le rôle serait désormais uniquement consultatif
- l'attribution de pouvoirs supplémentaires aux PDG d'établissement, qui siégeront désormais sur les comités exécutifs des conseils (conseil des infirmier-es, conseil multidisciplinaire des services sociaux) qui seront chargés de leur faire des recommandations (art. 276, 277, 279).

Outre le fait que l'accroissement des pouvoirs des PDG d'établissement dans une direction qui nous semble favoriser un plus grand arbitraire de leur part (nonobstant d'ailleurs leur responsabilité populationnelle), nous notons que cette concentration des pouvoirs se trouve couplée avec une perte de représentativité des quelques organes consultatifs prévus, et ce, notamment via un nombre trop restreint des représentant-es des usager-es au sein du CA de Santé Québec ou du fait de critères obscurs concernant la nomination des représentant-es d'usager-es sur les conseils d'établissement. À ce titre, plusieurs questions restent en suspens, notamment : comment Santé Québec s'assurera-t-elle de la représentativité des conseils d'établissement vis-à-vis des populations desservies, puisqu'aucune précision n'est apportée quant aux critères permettant de définir la représentativité des organismes consultés, ni comment les consultations seront menées (art. 107 et 108)? Nous craignons également que ces dispositions auront pour conséquence d'éliminer les séances publiques d'information, les périodes de questions et l'obligation de tenir une séance publique annuelle d'information, responsabilités qui incombent jusqu'à présent aux conseils d'administration des établissements régionaux.⁴

Les récentes déclarations du ministre de la Santé à l'effet qu'il considère mettre les élu-es locaux-ales à contribution dans la reddition de compte des établissements⁵ nous semble par ailleurs constituer un aveu des grandes limites actuelles de la « décentralisation » escomptée, tout autant qu'une tentative maladroite, empressée et pour le moment peu opérationnelle de remédier à ce qui nous apparaît comme un problème de fond du PL15.

L'autonomie communautaire mise à mal

Nous constatons également que le PL15 entretient une confusion induite quant au rôle joué par les OCASSS.

⁴ [LSSSS](#), art.161 et 177.

⁵ Véronique Prince, « Réforme de la santé : le ministre Dubé veut impliquer les maires », *Radio-Canada*, 8 mai 2023, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1977392/hopital-soins-christian-ministre-infirmiere-elus-mairesse-projet-loi>

Une nomenclature obscure et contradictoire

D'emblée, les OCASSS sont désignés à plusieurs reprises comme des prestataires de services ou des membres du RSSS. Or, bien que la signature d'ententes (spécifiques ou de services) entre certains établissements et des OCASSS attribuent à ces derniers la responsabilité de palier aux absences d'un RSSS parfois déficient, nous estimons légitime d'attendre du législateur une rigueur dans l'emploi de formulations respectant l'autonomie des organismes communautaires. Rappelons en effet que l'autonomie est une pierre angulaire du milieu communautaire et que ses représentant-es répètent très régulièrement cet état de fait, par ailleurs inscrit dans la LSSSS⁶ ainsi que dans le cadre normatif du MSSS⁷ adopté en 2023. Or, bien que le PL15 reconduise les dispositions de la LSSSS ayant trait à ce sujet à deux reprises (art. 432 et 450), l'emploi parallèle d'une nomenclature confuse allant à contre-courant de cette reconnaissance nous semble problématique.

Une volonté unilatérale d'intégration

En effet, le vocabulaire choisi dans certains articles (346, 347) comme dans le Plan Santé⁸ nous semble procéder d'un objectif politique déjà ressenti par les organismes de terrain qui constatent à répétition des velléités d'intégration des OCASSS au RSSS dans leurs relations avec certain-es représentant-es du MSSS. Rappelons que les organismes communautaires autonomes n'ont pas vocation à faire partie du système de santé et des services sociaux, mais à en être des partenaires à part entière. Affirmer le contraire consiste pour nous en une méconnaissance et un déni des principes élémentaires de l'action communautaire autonome (au titre desquelles figurent les approches globales, par et pour les membres, alternatives au réseau public, suivant une logique de réponse aux besoins et de transformation sociale, et non d'offre de services sauf exception dans le cadre d'ententes précises).

Outre les enjeux sémantiques qui viennent d'être soulevés, nous notons également que certains articles (490, 546) contiennent des dispositions qui nous semblent attribuer à Santé Québec un droit d'ingérence dans la gestion interne des organismes bénéficiant de subventions liées aux autorisations prévues aux articles 530 et suivants (notamment 546), ce qui nous apparaît une fois de plus suggérer une remise en cause du principe d'autonomie – advenant que ces dispositions s'appliquent à des organismes communautaires, ce que le PL15 ne précise pas.

Bien que ces différents éléments nous apparaissent forts préoccupants, nous n'écartons pas la possibilité que leur caractère alarmant procède avant tout d'un manque de clarté et/ou de cohérence de la part du législateur.

⁶ [LSSSS](#) (RLRQ, chapitre S-4.2)

⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés, Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires, *Cadre normatif – Programme de soutien aux organismes communautaires*, Québec, 2023, pp. 1-2

⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé*, p.7

Un démantèlement des services publics

Enfin, et indépendamment des points précédemment mentionnés, le PL15 inaugure selon nous une privatisation sans précédent du système de santé québécois, suivant une logique qui nous apparaît fallacieuse.

La porte ouverte à la privatisation du système de santé et des services sociaux

Mentionnons d'emblée que nous ne remettons pas en cause l'objectif exprimé du législateur « d'encadrer et de coordonner » (art.1) les établissements privés qui auront des relations contractuelles avec l'agence Santé Québec; les nombreuses références au secteur privé (pas moins de 200 au cours du texte) nous semblent témoigner d'une réelle volonté d'assujettir le milieu privé et sa logique marchande aux obligations et à l'imputabilité que la population québécoise est en droit d'attendre de la part de prestataires de services de santé et de services sociaux.

En revanche, nous constatons que cette volonté d'encadrement va de pair avec un transfert sans précédent de responsabilités au secteur privé, s'ajoutant au transfert déjà évoqué de responsabilités jusqu'alors ministérielles vers une société d'État aux objectifs avant tout gestionnaires. Cet abandon général de responsabilités – qui s'accompagne par ailleurs de transferts d'argent public vers le secteur privé – d'un État québécois garant d'une certaine forme d'universalité au profit d'acteurs dont les intérêts sont avant tout particuliers et opérant sous une logique en premier lieu monétaire ne constitue rien d'autre qu'un démantèlement en règle de la mission de service public qui incombe aux institutions québécoises. Prétendre de surcroît qu'un tel démantèlement s'accompagnera d'une plus grande efficacité du RSSS relève d'une forme d'idéalisme démenti par les indicateurs et l'expérience en la matière. Non seulement le prétendu gain d'efficacité lié à l'accroissement de la place du secteur privé dans la prestation de soins et de services n'est pas confirmé par les études en présence, ces dernières tendent en réalité à démontrer le contraire.⁹

Par conséquent, la privatisation (ne serait-ce que partielle) du RSSS ne coûtera pas seulement plus cher à l'État québécois (et donc en définitive au contribuable), elle ouvre également la voie à une hausse de la tarification des services à la population. Ceci fragiliserait le tissu social et la résilience de la société québécoise dans le contexte d'un vieillissement accéléré de sa population (et ce, sans même considérer les impacts que les changements climatiques auront – et ont déjà – sur l'économie nationale ainsi qu'en termes d'accroissement des inégalités sociales), en créant un système de santé à deux vitesses générateur d'inégalités.

⁹ APTS, *Pour que le réseau s'affranchisse convenablement et définitivement du privé: Mémoire de l'APTS*, 10 mars 2023, Québec, p.11.; Fédération médicale étudiante du Québec, "Privatisation des services de santé au Québec: perspective de la relève médicale", *Mémoire de la Journée d'action politique*, FMEQ, 2023, 54; Guillaume Hébert, *Les rouages du secteur privé en santé*, IRIS, avril 2022; Anne Plourde, "Gaétan Barrette a prouvé que le privé en santé coûte plus cher que le public", *Billets de l'IRIS*, 24 avril 2023, en ligne; Anne Plourde, Guillaume Hébert, "Coûts de certaines procédures médicales dans le privé et le public: mise au point", *Billets de l'IRIS*, 25 avril 2023, en ligne.

Les conséquences de la privatisation déjà palpables

La population gaspésienne et madelinienne souffre déjà de la place croissante prise par le secteur privé dans la prestation de soins et de services dans le milieu de la santé et des services sociaux. La fuite de main d'œuvre médicale vers le secteur privé faute de conditions de travail adéquates dans le secteur public contribue non seulement aux trous de services mais aussi à l'endettement accéléré de notre établissement territorial qui doit faire appel aux agences privées pour palier son manque de personnel. Nous constatons ainsi au quotidien que « l'impératif de rentabilité des services privés tend à s'opposer à l'accès et à la qualité des soins »¹⁰ tout en requérant d'importants financements publics¹¹. Il nous semble donc contradictoire sur le moyen à long terme de prétendre qu'un accroissement du financement public à destination du secteur privé parviendrait à combler de manière efficace (et donc économe) le manque de main d'œuvre et les trous de service que connaît actuellement le RSSS.

Ajoutons également que la volonté même de rentabiliser les services de santé et les services sociaux nous semble procéder d'une incompréhension profonde des responsabilités de l'État québécois (État qui, rappelons-le, enregistre actuellement des excédents budgétaires). Les services de santé et les services sociaux n'ont pas de vocation commerciale ou de rentabilité, mais constituent une forme d'investissement dans un bien universel peu quantifiable, à savoir la santé de la population générale. La responsabilité du RSSS est en premier lieu de maintenir et d'améliorer « la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie » (LSSSS, art.1).

Enfin, notre grande inquiétude quant à la privatisation du système de santé envisagée par le PL15 nous semble confirmée par les critiques apportées par la représentante de la plus haute instance parlementaire chargée de veiller à la saine gestion des finances publiques, à savoir la Vérificatrice générale du Québec (VGQ), Madame Guylaine Leclerc. Nous partageons les inquiétudes de la VGQ quant aux dispositions de l'article 105 prévoyant l'implication du secteur privé dans la co-audition des états financiers de Santé Québec.¹² Nous constatons aussi que la VGQ partage nos inquiétudes quant au manque potentiel d'imputabilité du secteur privé, inquiétudes qui s'appuient sur des cas d'espèces bien documentés.¹³

¹⁰ Ibid, p.3.

¹¹ Anne PLOURDE, *CLSC ou GMF ? Comparaison des deux modèles et impact du transfert de ressources*, Note socioéconomique, IRIS, 18 mai 2017.

¹² Vérificateur général du Québec, *Notes d'allocation de la vérificatrice générale*, Québec, 19 avril 2023, pp.8-9.

¹³ Ibid, pp.10-13.

Conclusion : Un recul démocratique sans précédent à tous les étages

Le ROCGIM-CDC tient à réitérer son soutien à toute tentative de réforme visant à sortir du statu quo actuel dans un but d'amélioration du RSSS, autant dans la prestation des soins et des services que dans l'accessibilité de ces derniers. Nous croyons en l'objectif d'améliorer la santé de tou-te-s les Québécois-es en s'assurant que les services de santé et les services sociaux soient plus efficaces, plus accessibles et plus à l'écoute des besoins de la population. Nous peinons cependant à voir comment l'actuel PL15 peut prétendre atteindre cet objectif. L'efficacité envisagée ne nous semble pas au rendez-vous du fait :

- d'un élargissement du recours à un secteur privé ayant fait la démonstration de son incapacité à améliorer l'accès et la rentabilité des soins et des services, et encore moins à apporter des solutions viables et pérennes au manque de main d'œuvre que connaît le RSSS;
- d'une recentralisation administrative et gestionnaire de processus décisionnels liés à la répartition du financement des OCASSS (et les redditions de comptes afférentes), dont la prise en charge concertée au plan régional a su démontrer son efficacité selon nous;
- d'un déni de reconnaissance des spécificités propres au milieu communautaire autonome et d'une volonté affichée de coercition des partenaires communautaires présentés contre leur gré comme des membres du RSSS.

Plus encore, le PL15 nous semble aller à contre-courant d'un projet de société d'avenir, ouvert et démocratique :

- en éliminant les actuelles instances de participation citoyenne (comité des usagers, conseils d'administration responsables) et en les remplaçant par des ersatz consultatifs dont le caractère représentatif est pour le moment contestable;
- en accentuant le désengagement de l'État au profit d'un secteur privé marqué par un manque d'imputabilité démocratique;
- par la limitation drastique du nombre et de la représentativité des acteur-rices appelé-es à participer aux audiences publiques de la Commission parlementaire sur la santé et les services sociaux;
- et par les tentatives maladroites du ministre de la santé de nous faire croire que l'empressement législatif actuel ne serait rien d'autre qu'une volonté d'efficacité gouvernementale, sacrifiant de facto la démocratie sur l'autel du populisme.

La population québécoise mérite que sa santé soit prise au sérieux et que son droit à la santé soit reconnu. Elle mérite d'être mieux consultée, et elle mérite surtout que ceux et celles qui travaillent au quotidien à améliorer ses conditions de vie soient parties prenantes aux travaux visant à faire du Québec une société résiliente face aux enjeux qu'elle aura – et qu'elle a déjà – à affronter.

Pour toutes ces raisons, nous formulons les recommandations suivantes à l'intention du législateur.

Recommandations

Recommandation n°1

Que le ministre de la Santé Christian Dubé intervienne auprès de la Commission parlementaire de la santé et des services sociaux pour allonger la durée des consultations de façon que l'ensemble des groupes qui en expriment le besoin puisse participer aux audiences publiques de la Commission.

Recommandation n°2

Que les termes s'appliquant aux organismes communautaires soient précisés en tenant compte du respect de leur autonomie reconnue aux articles 432 et 450.

Recommandation n°3

Que les modalités régionales permettant à la population et à ses représentant-es de participer à la détermination des orientations de leur région soient non seulement maintenues mais renforcées (conseil d'administration de l'établissement territorial, séances publiques d'information assujetties de périodes de questions, mécanismes de consultation notamment quant aux plans stratégiques régionaux, etc.).

Recommandation n°4

Que l'autonomie des comités d'utilisateurs locaux soit maintenue.

Recommandation n°5

Que le rôle et les responsabilités des établissements territoriaux dans la gestion des enveloppes financières destinées aux organismes communautaires soient définis dans le respect des règles liées à un programme de financement régionalisé et généraliste.

Recommandation n°6

Que les organismes communautaires autonomes œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux soient exclus des articles 1, 23, 62, 63, 346 et 347 et que leurs missions et leur autonomie soient reconnues.

Recommandation n°7

Que l'article 1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) soit ajouté au PL15, et que la dimension préventive des services de santé et des services sociaux y soit mentionnée.

Recommandation n°8

Que le rôle des directions de santé publique régionales soit reconnu et renforcé, notamment dans leur capacité à agir sur les déterminants sociaux de la santé.

Recommandation n°9

Que le principe du droit à la santé soit reconnu et inscrit dans les articles introductifs du PL15.

Recommandation n°10

Que les transferts de fonds publics aux organismes et établissements privés fassent l'objet de consultations publiques et larges dotées d'un pouvoir prescriptif.

Recommandation n°11

Que le Vérificateur général du Québec soit le seul et unique responsable de l'audit des états financiers de Santé Québec.