



**LE PROTECTEUR DU CITOYEN**

Assemblée nationale  
Québec

**Projet de loi n° 127  
Loi visant à améliorer la gestion du  
réseau de la santé et des services sociaux**

**Texte de l'intervention  
de la protectrice du citoyen devant  
la Commission de la santé et des services sociaux**

**La version lue fait foi**

**Le 15 mars 2011**

Monsieur le Président,  
Monsieur le Ministre,  
Mesdames, Messieurs les Députés membres de la Commission,

La gestion du réseau de la santé et des services sociaux comporte plusieurs enjeux importants. Les changements proposés par le projet de loi n° 127 portent pour l'essentiel sur les structures en place et, en ce sens, leur impact concret et immédiat sur l'amélioration des services aux citoyens, ce qui est toujours l'angle premier d'analyse du Protecteur du citoyen, est tenu.

D'emblée, je veux marquer mon appréciation de certaines dispositions du projet de loi qui entraîneront une transparence accrue et devraient assurer que la population soit mieux informée et consultée. Je pense entre autres à l'obligation qui serait dorénavant faite aux établissements de recourir à différents modes d'information et de consultation de la population sur l'organisation des services et de connaître sa satisfaction à l'égard des résultats obtenus. De même, une volonté de respect des orientations ministérielles et de cohésion dans l'action – combien nécessaire – se dégage de ce projet de loi.

J'ai cependant une réserve avec l'approche retenue en ce qui a trait aux structures et à ce que je crains être une source de confusion. Ce projet de loi s'inspire de la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État, une loi qui a toute sa pertinence dans le contexte des entreprises du gouvernement, qui sont de véritables entreprises d'autofinancement : Hydro Québec, la Société des alcools, Loto Québec, par exemple, produisent des biens et services qu'elles peuvent vendre – en situation de monopole – à une clientèle assurée. Il existe un marché lucratif et l'autofinancement est possible, la génération de profits également.

La production et la gestion des services de santé et des services sociaux, dans un régime public et universel – au-delà du fait qu'elle soit un moteur de l'activité économique – entraîne cependant pour le gouvernement des dépenses, génère peu de revenus et aucun profit, même en situation de monopole. Même la comparaison avec d'autres régimes publics d'assurance a d'importantes limites. Le régime public d'assurance maladie se distingue en effet largement d'autres régimes publics d'assurance qui visent et peuvent réaliser l'autofinancement, tels les régimes d'assurance automobile et de santé et de sécurité du travail (ce dernier étant par ailleurs un régime financé et géré de façon paritaire).

Appliquée sans des adaptations majeures à la gestion des services de santé et des services sociaux, la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État peut engendrer des incohérences, notamment sur le plan de l'imputabilité. Il m'apparaît qu'il faille mieux

adapter les modifications à la Loi à la réalité du régime public de santé et de services sociaux et aux exigences de la pratique médicale, professionnelle et administrative dans l'ensemble des régions. J'aurai en ce sens des recommandations à formuler.

**À mon avis, sous l'angle de la gestion, la question de fond est : faut-il investir dans le développement de structures et de l'expertise de conseils d'administration ou renforcer la capacité de gestion de l'ensemble des acteurs véritablement imputables, du Ministère aux établissements?** J'opte pour la deuxième option, qui suppose que soient clarifiés et les rôles et le partage des responsabilités, signifiées des attentes claires et réalistes et donnée la marge d'autonomie nécessaire pour les mettre en œuvre et gérer les risques, le tout avec le moins de technocratie possible. J'y reviendrai.

- - - - -

J'aimerais vous présenter le lien qui peut être établi entre les conclusions de nos enquêtes et la gestion des services de santé et des services sociaux. (Pour respecter le temps qui m'est imparti, je ne ferai ressortir que quelques faits saillants du texte que nous avons remis à la Commission).

En matière de santé et de services sociaux, les plaintes fondées – plaintes que nous recevons en deuxième instance – portent principalement et dans l'ordre sur l'accessibilité et les délais (43 %), le non-respect des droits (18 %), le manque de coordination des programmes et des services (11 %), l'environnement et le milieu de vie (11 %) ainsi que les aspects financiers (8 %)<sup>1</sup>. Sans surprise, nous ne recevons pas de plaintes concernant la gestion elle-même, parce que ce n'est pas cet angle qui interpelle le citoyen.

Cela dit, il nous est possible de dégager certains constats pertinents à la gestion du réseau de la santé et des services sociaux à partir de l'analyse des plaintes fondées et des conclusions de nos enquêtes. En s'appuyant sur celles-ci, trois préoccupations de gestion ressortent :

- La coordination et l'imputabilité
- L'équité
- L'offre de services.

---

<sup>1</sup> Les autres motifs de plaintes fondées représentent 9 % du total.

Je suis pleinement consciente que ces préoccupations ne reflètent qu'une partie des enjeux reliés à la gestion du système de santé et de services sociaux. Nous nous sommes surtout interrogés sur les façons d'améliorer la gestion de manière à influencer sur la qualité des services.

### **Première préoccupation : la coordination et l'imputabilité**

Sur ce plan, il m'apparaît d'emblée opportun de signaler que la dernière refonte de la Loi – avec la création des réseaux locaux de service et les centres de santé et de services sociaux (CSSS) – a permis une amélioration notable en regroupant certaines instances. Des progrès ont donc été accomplis.

Cependant, le manque de coordination persiste. Pour les citoyens ayant des besoins en réadaptation, par exemple, on assiste – et ce ne sont pas des cas isolés – à un ballotage entre le centre de santé et de services sociaux (CSSS) et le centre de réadaptation. De même, les transferts interétablissements et les services au retour du citoyen dans sa région d'origine après une intervention ne sont pas systématiquement synchronisés.

J'ai eu l'occasion de présenter devant cette commission, en octobre 2009, notre rapport concernant les troubles envahissants du développement (TED) qui illustre que les problèmes de silos sectoriels et intersectoriels subsistent toujours, avec leurs importantes conséquences pour les personnes concernées et ceux qui en ont charge. Autre exemple, cette fois en santé mentale, quant à l'accès aux services pour les personnes avec de multiples problématiques. Il arrive encore qu'on demande à une personne de régler son problème de toxicomanie avant de la traiter en santé mentale et qu'en parallèle on lui demande de stabiliser son problème de santé mentale avant de lui donner accès aux services en toxicomanie.

Des zones de confusion persistent à la lecture du projet de loi 127. Concrètement, il est difficile de déterminer de qui relève le directeur général d'un établissement? De son président de conseil d'administration ou du président-directeur général de l'agence? Le même questionnement s'applique pour le président-directeur général de l'agence : doit-il rendre des comptes à son conseil d'administration ou au sous-ministre? La ligne d'autorité que d'autres appellent la « chaîne de commandement » n'est manifestement pas claire.

L'organisation des services surspécialisés, voire ultraspécialisés (3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> ligne), soulève une autre zone de confusion entre les réseaux universitaires intégrés en santé (RUIS) et les agences. Ainsi, nous avons quatre RUIS – chacun relié à un centre hospitalier universitaire (CHU) : Québec, McGill, Montréal et Sherbrooke – qui couvrent l'ensemble du Québec, quinze agences et trois instances distinctes pour les

régions du nord, qui font de même. Évidemment, il s'agit d'une question complexe, mais il est certes pertinent de se demander si nous avons besoin simultanément de quatre RUIS et de dix-huit instances régionales? Ne pourrait-on pas simplifier? Éviter les dédoublements? Intégrer?

Par ailleurs, l'article 51 du projet de loi n° 127 propose d'ajouter un article 346.3 à la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour créer *un comité de gestion régional réunissant le président-directeur général de l'agence et les directeurs généraux des établissements*. A priori, cela paraît être une bonne idée de les réunir pour assurer une meilleure coordination. Est-ce à dire que, compte tenu du rôle de coordination des agences, cela ne se faisait pas déjà? Faut-il une loi pour s'assurer que cela se fera? Je crois que le problème est ailleurs, notamment dans la confusion dans le partage et l'exercice des responsabilités aux divers niveaux.

Encore une fois, comme lors de la création des RUIS, on ajoute sans vraiment éliminer. Si l'on vise à renforcer la ligne d'autorité et la coordination – et que l'on conserve les conseils d'administration – ne doit-on pas clarifier et baliser davantage leurs responsabilités. Pourquoi ne remet-on pas en question l'existence même de certains conseils d'administration, ceux des agences par exemple ?

À cela s'ajoute une ambiguïté quant au leadership que le ministre et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) devraient exercer pour définir les meilleurs outils de gestion et d'implantation de ses politiques ou encore pour évaluer l'efficacité des modes d'organisation des services. Même si le Ministère peut compter sur des expertises internes et des organismes d'expertise qui lui sont rattachés (Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), sa présence n'est pas toujours suffisamment affirmée.

Il en résulte un vide qui est naturellement occupé par d'autres acteurs : les différentes associations d'établissements et des entreprises privées – comme l'industrie pharmaceutique ou de production de technologies –, qui rédigent des guides de bonnes pratiques à cet égard et tranchent sur la valeur des modes d'organisation ou des modes d'intervention.

### **Deuxième préoccupation : l'équité**

Lors de nos enquêtes, nous observons des variations, souvent importantes, dans l'offre de services entre les régions et à l'intérieur d'une même région, et ce, pour une multitude de services. Je prendrai pour exemple les soins à domicile. Bien sûr, il existe des orientations ministérielles et l'on n'insistera jamais assez sur l'importance de développer les soins à domicile, la mission du réseau de la santé et des services

sociaux étant de dispenser des services, pas de fournir l'hébergement en soi. Or, on constate que, pour une condition très similaire, l'offre de services en soutien à domicile varie grandement et non seulement d'une région à une autre, mais d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS) à un autre. Il n'y a pas de balises claires, pas de plancher minimum requis par le Ministère, le tout étant laissé à la discrétion des agences et des établissements. L'absence de balises claires rend également les soins à domicile fort vulnérables face aux contraintes financières.

Il n'est pas équitable que, dans une même condition, un citoyen n'ait pas accès aux mêmes services selon l'endroit où il se trouve. Au Royaume-Uni, on avait surnommé ce phénomène la prescription selon le code postal ou *Postcode Prescribing* : dites-moi votre code postal et je vous dirai les services que vous pourrez recevoir. Une telle situation ne peut être considérée normale.

### **Troisième préoccupation : l'offre de services**

En fait, on observe l'*effritement graduel du panier de services*. À l'origine, au sein du régime universel, l'offre de services officielle se veut la plus complète, voire la plus généreuse possible. Le noyau historique – le régime d'assurance-hospitalisation et le régime d'assurance maladie qui couvre les services *médicalement requis* – reste solide : les urgences majeures sont, en général, traitées rapidement et efficacement. Le pourtour immédiat demeure relativement bien balisé.

Le contour cependant, notamment tout le volet des services sociaux, est vague à souhait et c'est ici que cela est problématique pour les citoyens. En réalité, l'offre de services présentée est plus généreuse que les ressources disponibles et, de longue date, on laisse aller. On laisse les agences et les établissements se débrouiller avec l'inadéquation entre le panier de services théorique (et diffus) et les ressources. Étant donné la difficulté à faire face à la croissance des coûts, on réduit les services à périphérie ou l'on procède à une désassurance implicite.

Une autre approche est de sortir le service du milieu hospitalier – pensons au traitement de la dégénérescence maculaire – pour l'offrir en clinique. L'acte médical est couvert par la Régie de l'assurance maladie du Québec, mais la composante technique ne l'est pas et l'on se retrouve avec des gouttes à 230 \$ pour pouvoir absorber un coût administratif réel, mais non admissible au régime public. À défaut de faire des choix, le panier de services s'effrite graduellement. La composition du panier de services étant devenue un sujet tabou, on le laisse s'effriter.

Les personnes qui bénéficient d'une assurance privée et les citoyens aux revenus élevés peuvent se payer l'accès sans être influencés par ces coûts. Les autres hésiteront

ou simplement se priveront des services, au détriment de leur état. Il est solidement démontré au Québec comme ailleurs dans le monde, l'impact délétère sur la santé des frais imposés aux points de services.

En plus d'occasionner une utilisation sous-optimale des ressources, ce défaut d'agir accroît les iniquités qui deviennent de plus en plus importantes au fil du temps. Ce sont ces iniquités dans l'accès aux services qui font surtout l'objet de plaintes et il y a ici un véritable enjeu de gouvernance, qui demeure primordial, même si non inclus au projet de loi sous examen.

Dans le même esprit, nous recevons au Protecteur du citoyen de plus en plus de plaintes reliées à des frais accessoires et à des formules nouvelles de prestation de services à l'extérieur ou en association avec les établissements publics : frais imposés par les coopératives, frais administratifs ou accessoires imposés par les cliniques privées, frais imposés par des sous-traitants privés qui offrent des soins à domicile, entre autres.

En matière de la référence et des services offerts par l'entreprise privée, il est de la responsabilité du Ministère de s'assurer de l'existence de balises claires et de mécanismes de contrôle. Cela est un corollaire de la définition du panier de services : s'il y a des choix à faire sur l'ampleur du service public en santé en fonction des revenus de l'État, c'est un enjeu politique et non administratif. Cela doit être clairement exprimé.

J'ai partagé ces quelques préoccupations avec vous pour mieux mettre en contexte les modifications qui m'apparaissent pertinentes au projet de loi.

### **Quelques commentaires spécifiques sur le projet de loi n<sup>o</sup> 127**

Il ressort de ce projet de loi une volonté de renforcer la ligne d'imputabilité. Cela nous apparaît souhaitable et notamment susceptible d'assurer une meilleure coordination entre les établissements et d'éviter que les usagers fassent les frais d'iniquités, d'un manque de coordination ou d'une couverture inégale de services selon leur provenance géographique. Il semble toutefois manquer un corollaire important : l'allègement des structures et la clarification des responsabilités des différents intervenants, qui doivent être complémentaires. Ceci n'a rien de nouveau et a été soulevé par maints experts. Le chevauchement des responsabilités entre le Ministère, les agences et les établissements doit être éliminé.

Deuxièmement, ce projet de loi prévoit une réduction de la taille des conseils d'administration des établissements, les faisant passer, en moyenne, de 19 à un maximum de 15 membres. Plus particulièrement, il coupe de moitié les membres élus par la population, ce qui entraînerait une diminution de la participation citoyenne. Bien que cela puisse paraître a priori surprenant, le Protecteur du citoyen ne s'opposerait pas à la désignation de représentants de la population autrement que selon le mode électoral actuel. Ce, sur la base du très faible taux de participation obtenu historiquement (moins de 1 %), pour ces élections qui comblent moins de la moitié des sièges non attribués par acclamation, faute de candidats. Tout cela pour une facture électorale se chiffrant à près de 2 millions de \$, ce qui nous interroge de plus sur l'efficience de ce processus.

Par ce projet de loi, il est aussi souhaité que les conseils d'administration soient davantage d'expertise plutôt que de seule représentativité. En ce sens, le rôle des citoyens experts que sont les usagers et leurs représentants devrait y être valorisé au sein des conseils d'administration. Voilà pourquoi j'ai des réserves sur la réduction de moitié de la représentation des usagers et sur la limitation de leur désignation aux seuls membres siégeant au sein des comités des usagers. Les usagers sont les premiers citoyens concernés par les décisions du conseil d'administration et leur présence éclairante, ou celle de leurs représentants, devrait être maintenue telle qu'elle est actuellement. Je souscris aussi à la pertinence que siège au conseil d'administration le représentant de la fondation d'un établissement,

Troisièmement, nous avons aussi remarqué que ce projet de loi propose de porter la durée de l'agrément à quatre ans. J'adhère à cette approche. En cette matière, il apparaît plus adéquat et important d'assurer une bonne gestion des risques et de l'amélioration continue de la qualité. Concrètement, cela signifie notamment qu'après la visite initiale et l'obtention de l'agrément (ou de la certification dans le cas des résidences privées pour personnes âgées), la périodicité du contrôle et l'intensité du suivi devraient découler de l'ampleur des problèmes observés.

## **Recommandations**

### **1. En vue de permettre une participation plus représentative et d'éviter d'isoler les représentants des usagers et de la population au sein des conseils d'administration des établissements :**

*1.1 prévoir la participation de deux représentants des usagers;*

*1.2 prévoir, en cas d'incapacité de l'un ou l'autre de ces représentants, la désignation d'un membre substitut.*

**2. En vue de mieux adapter les modes de gouvernance à la réalité du réseau de la santé et des services sociaux, particulièrement en matière d'imputabilité et de reddition de compte :**

*2.1 clarifier le rôle des agences de santé et de services sociaux, unités relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux et leur ligne d'autorité vis-à-vis des établissements; plus spécifiquement, préciser la portée de leur rôle de coordination;*

*2.2 abolir, en cohérence, les conseils d'administration des agences de la santé et des services sociaux;*

*2.3 clarifier les obligations et l'imputabilité des directeurs d'établissements et leur ligne d'autorité immédiate et hiérarchique au plan administratif;*

*2.4 baliser davantage les responsabilités des conseils d'administration, leur interface avec le directeur général de l'établissement et leur imputabilité, le cas échéant.*

**3. En vue d'assurer la gestion la plus efficiente, et dans la mesure où les dirigeants d'établissements s'inscrivent dans le respect des orientations ministérielles et rendent compte en conformité :**

*3.1 accorder une marge de manœuvre accrue aux dirigeants des établissements au niveau local pour assurer la mise en œuvre des orientations en conformité avec l'approche populationnelle, ce qui implique le respect des réalités et des besoins spécifiques des citoyens du territoire qu'ils desservent.*

**4. En vue d'assurer l'équité d'accès aux services, y inclus sur le plan financier, pour tous les citoyens, quelle que soit leur provenance géographique, et de clarifier ce qui est devenu une zone de confusion autant pour les établissements que pour les professionnels concernés :**

*4.1 établir des balises claires pour toutes les questions relatives aux frais administratifs, accessoires ou autres composantes de coûts pouvant conditionner l'accès aux services;*

*4.2 exiger de tout établissement qu'il prévoie la composante technique lorsqu'il choisit d'impartir un service à l'externe;*

*4.3 que le ministre de la Santé et des Services sociaux rende compte annuellement des modifications apportées, le cas échéant, au panier de services et des éléments qui ont prévalu à celles-ci.*

## **Conclusion**

Je reconnais la complexité et la sensibilité des enjeux liés à la gestion des services de santé et des services sociaux. Cela étant, le projet de loi n° 127 me semble représenter une évolution relativement marginale, qui ne règle pas les principaux problèmes soulevés par les citoyens. L'allègement des structures pour favoriser une meilleure coordination, une diminution des coûts et une imputabilité renforcée, ainsi que la clarification du panier de services, nécessiteront d'aller au-delà. Ce sont là où se situent les principaux besoins des citoyens : l'accès à des services de qualité clairement définis, bien intégrés et dispensés à des coûts raisonnables.

Je vous remercie.