

défendre | protéger | agir

CSSS – 031M

C.P. – P.L. 10

Abolition des
agences régionales



**CONSEIL POUR LA
PROTECTION
DES MALADES**

Projet de loi n° 10

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales

MÉMOIRE présenté à la
Commission de la Santé et des Services sociaux

*41^e législature, 1^{re} session
Assemblée nationale du Québec*

Le 29 octobre 2014

1000, rue Saint-Antoine O. (Bureau 403)
Montréal (Québec) H3C 3R7

Tél. : 514 861-5922
Sans frais : 1-877-CPM-AIDE
Télec. : 514 861-5189
info@cpm.qc.ca

Récipiendaire du prix « Droits et libertés » [1995] et du prix « Armand-Marquiset » [1998]

Table des matières

REMERCIEMENTS	2
PRÉSENTATION DU CONSEIL POUR LA PROTECTION DES MALADES	3
INTRODUCTION	4
COMMENTAIRES GÉNÉRAUX.....	5
COMMENTAIRES SPÉCIFIQUES - COMITÉS DES USAGERS ET COMITÉS DE RÉSIDENTS.....	8
COMMENTAIRES SPÉCIFIQUES - GOUVERNANCE ET IMPUTABILITÉ.....	10
CONCLUSION.....	14
ANNEXE A.....	15

Remerciements

Le Conseil pour la protection des malades (CPM) est heureux de participer à la consultation particulière ainsi qu'aux auditions publiques sur le projet de loi n° 10, *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*.

Nous désirons remercier le ou la président(e) de la Commission, les commissaires, le ministre de la Santé et des Services sociaux, les députés de la première et de la seconde Opposition ainsi que les autres intervenants qui prendront de leur temps afin de débattre d'un sujet aussi important que celui du futur de notre système de santé.

Présentation du Conseil pour la protection des malades

Grâce aux revendications de M. Claude Brunet, fondateur du Conseil pour la protection des malades et de ses collègues pionniers de la défense des droits des usagers, les premiers comités de bénéficiaires ont vu le jour en 1973. Depuis, le Conseil pour la protection des malades est un organisme à but non lucratif qui travaille en étroite collaboration avec ces comités, devenus comités des usagers et de résidents.

Sa mission est la promotion de l'humanisation et de l'amélioration de la qualité des soins et services, ainsi que la défense des droits des usagers du réseau de la santé et des services sociaux. En effet, sa clientèle inclut le grand public qui regroupe les proches aidants ainsi que tout usager actuel ou potentiel du réseau.

Par le biais de la Fédération des comités des usagers et de résidents du Québec (FCURQ), le Conseil pour la protection des malades représente tous les comités des usagers ou de résidents de la province du Québec qui ont recours aux services de ses professionnels.

Outre son service de conseil juridique et de ses formations destinées aux comités et au grand public, le Conseil pour la protection des malades s'assure du respect de l'intérêt de l'utilisateur par ses interventions publiques. Le bien-être de l'utilisateur est au cœur de ses actions et de ses revendications.

Les commentaires formulés dans ce document sont donc le fruit d'une réflexion amorcée sous l'angle de l'utilisateur du réseau de la santé et des services sociaux.

Introduction

Depuis 40 ans, le CPM a été témoin de nombreuses modifications législatives et réformes du réseau de la santé. Rarement cependant une réforme est allée aussi loin que celle proposée par le projet de loi 10.

Se voulant rassurant, le ministre a dernièrement indiqué que sa démarche se voulait transitoire et qu'une seconde proposition législative sera prochainement rendue publique afin de compléter sa vision des modifications à apporter au réseau de la santé. Cela étant, dans l'intervalle, nous ne pouvons que fonder notre analyse sur le projet de loi actuellement sur la table.

Le présent mémoire expose pourquoi nous croyons que les changements proposés ne sont pas de nature à ultimement servir les intérêts des usagers. Certes, nous appuyons les grands objectifs du projet de loi 10, mais les moyens pour y parvenir nous semblent mal choisis.

Le CPM invite le ministre à retourner à sa table à dessin afin d'offrir aux usagers une réforme qui répond réellement à leurs besoins et à leurs aspirations, notamment en adressant une fois pour toutes l'injustifiable sous-performance de notre première ligne et ses problématiques d'accès, de continuité et de manque d'interdisciplinarité.

Commentaires généraux

DES OBJECTIFS LOUABLES... MAL DESSERVIS PAR LE PROJET DE LOI 10

Selon son article premier, le projet de loi no 10 poursuit trois objectifs fondamentaux :

- favoriser et simplifier l'accès aux services pour la population;
- contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins;
- accroître l'efficience et l'efficacité du réseau de la santé et des services sociaux.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux a également précisé, à l'occasion de différentes entrevues journalistiques accordées dans la foulée de l'adoption du projet de loi, les buts recherchés par la réforme :

« Les changements proposés par le projet de loi ont pour objectif d'assurer une véritable intégration des services, permettant ainsi un parcours de soins plus simple et plus fluide pour les patients. Ils visent également à alléger les structures et la bureaucratie au profit d'une gestion administrative plus rigoureuse et plus saine. Enfin, il en résulterait une ligne d'autorité, de gouvernance et d'imputabilité plus claire. Nous voulons briser les silos, qui sont souvent des obstacles dans le parcours de soins des patients, pour nous donner un réseau de santé et de services sociaux plus fonctionnel¹. »

Abondant dans le même sens, le CPM a maintes fois réclamé que des initiatives concrètes soient mises en œuvre afin de mieux répondre aux besoins des usagers et pour remédier aux lacunes abondamment documentées dans les différents rapports du Protecteur du citoyen, du Vérificateur général et du Commissaire à la santé et au bien-être.

La volonté politique du ministre d'opérer de profonds changements dans la gouvernance du réseau est indéniable et, dans un certain sens, rafraîchissante. Mais est-ce la réforme que souhaitent les usagers? Nous croyons fermement que non.

Pour des motifs que nous développerons plus loin et à l'instar de différents acteurs venus s'exprimer en commission parlementaire, nous n'estimons pas que les superstructures régionales instituées dans le cadre de l'approche « mur à mur » du projet de loi 10 (les CISSS) permettront l'atteinte des objectifs que le ministre s'est lui-même fixé, notamment en ce qui concerne la perspective d'un réseau « plus fonctionnel » pour les usagers.

¹ <http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=809>

UN PROCESSUS CONSULTATIF INADÉQUAT

Nous considérons qu'une part de cet état de chose s'explique par l'absence de consultations adéquates menées *en amont* auprès, en premier lieu, des représentants des usagers et des différentes organisations associatives gravitant autour du système de santé québécois. Le CPM s'explique mal l'empressement et l'unilatéralisme du ministre dans un dossier aussi stratégique et délicat à la fois.

À notre avis, le fait que peu d'organisations émettent leurs commentaires article par article aux présentes audiences publiques est symptomatique de ce problème et n'est pas de nature à favoriser la possibilité qu'au terme des audiences publiques, le projet de loi soit substantiellement bonifié pour répondre aux préoccupations des acteurs concernés.

DES INQUIÉTUDES QUE PARTAGENT LES USAGERS

Citoyens, ordres professionnels, chercheurs, fédérations professionnelles, etc., le nombre d'acteurs de la société civile qui se sont prononcés sur le projet de loi 10, tant à l'intérieur de l'Assemblée nationale qu'à l'extérieur de celle-ci, est impressionnant. En tant qu'organisation de terrain qui concentre ses ressources sur la défense des droits des usagers et au soutien à ses membres de toutes les régions du Québec, il n'est pas de notre intention de refaire ici certains argumentaires scientifiques des plus convaincants.

Bornons-nous à souligner que, comme d'autres, le CPM s'inquiète vivement du fait que les promesses d'économie et de coordination des soins portées par le projet de loi 10 se traduisent plutôt par une série d'effets non désirés, particulièrement en raison de la taille complètement démesurée de certains futurs CISSS.

On peut reconnaître toutefois que le projet de loi 10 a le mérite de poser une question intéressante : quelle est la taille idéale d'un établissement de santé? Pourquoi un seul CISSS par région administrative? Pourquoi ne pas, par exemple, scinder le CISSS de la Montérégie en deux (Montérégie-Est et Montérégie-Ouest)? **Répetons-le : de telles questions demeurent encore ouvertes à l'heure actuelle en raison de l'absence de consultations adéquates qui auraient pu précéder le dépôt du projet de loi.**

Par ailleurs, il faut admettre que sécuriser les budgets consacrés à la prévention, au soutien à domicile et à l'intervention psychosociale dans un ensemble de la taille d'un CISSS constituera un défi lorsque des commandes de coupes budgétaires seront passées par le ministère de la Santé et des Services sociaux, sachant la propension historiquement démontrée de notre réseau à l'hospitalocentrisme.

L'on peut aussi invoquer la possible réduction, à long terme, de la spécificité de certains établissements offrant des services de pointe à des clientèles très particulières (pensons ici, par exemple, aux instituts universitaires tels que Douglas et Philippe-Pinel) qui mériteraient un statut particulier. Sur l'île de Montréal, plusieurs ont souligné le caractère quelque peu étonnant du découpage du territoire des CISSS et du choix des établissements à caractère suprarégional.

Il n'est pas inutile de rappeler que les craintes concernant le bon fonctionnement des mécanismes d'assurance-qualité prévu à la LSSSS ne sont pas que l'affaire des organisations professionnelles. **Les usagers ont droit à des soins sécuritaires et il importe, par exemple, qu'un CMDP puisse accomplir sa fonction d'évaluation de la qualité de l'acte de manière optimale.**

Enfin, on ne peut passer sous silence le fait que cette réforme ambitieuse arrive à un moment particulièrement mal choisi pour le réseau montréalais en raison du climat d'incertitude associé à l'ouverture prochaine des nouveaux CUSM et CHUM. Dans le cas du CUSM, qui ouvrira ses portes d'ici environ six mois, de nombreuses questions restent en suspens quant au sort réservé aux usagers actuels du CUSM dans le cadre du délestage des soins primaires et secondaires au profit des soins tertiaires et quaternaires. C'est un dossier que le CPM suit de près depuis un bon moment déjà.

Commentaires spécifiques du CPM - comités des usagers et de résidents

S'il est adopté tel quel, le projet de loi 10 aura de lourdes conséquences pour les comités des usagers et de résidents.

Premièrement, en vertu du principe édicté à l'article 209 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (ci-après « la LSSSS ») actuelle, il faut savoir que l'on retrouve un comité des usagers par établissement. À l'exception des CHSLD où sont implantés des comités de résidents, les installations d'un établissement (par exemple un CLSC) ne disposent pas d'un comité des usagers particulier.

Un comité des usagers est, en vertu de la LSSSS (art. 209), composé d'au moins 5 membres élus et d'un représentant désigné par et parmi chacun des comités de résidents. La LSSSS précise que « *la majorité de ces membres doivent être des usagers. Toutefois, s'il est impossible d'avoir une majorité d'usagers sur le comité, ceux-ci peuvent élire toute autre personne de leur choix pourvu que cette personne ne travaille pas pour l'établissement ou n'exerce pas sa profession dans un centre exploité par l'établissement.* » (art. 209)

Par l'effet combiné des dispositions de la LSSSS actuelle et des fusions massives d'établissements au sein du CISSS créé par le projet de loi (qui sera la seule entité à détenir le statut « d'établissement » au sens de la LSSSS dans une région sociosanitaire donnée), **les comités des usagers subiront le même sort que les autres structures internes des établissements fusionnés (CA, CMDP, comité de vigilance, etc.), c'est-à-dire qu'ils seront fondus en un seul comité des usagers « régional » attaché au CISSS.**

Or, si l'on peut discuter des mérites de rationaliser certaines structures, il va sans dire que les citoyens qui s'impliquent bénévolement par le biais de leur comité des usagers local pour l'amélioration de la qualité des soins et services ne sont pas, comme le veut l'expression populaire, des « bureaucrates » dont les postes devraient être éventuellement abolis par attrition! Forcer la fusion des comités des usagers implique donc de retirer un important véhicule de participation citoyenne au sein du réseau sociosanitaire qui, à coup sûr, entraîne mathématiquement une diminution massive du nombre de personnes pouvant faire valoir le point de vue des usagers dans nos établissements de santé.

Pour toutes ces raisons, si le projet de loi 10 devait être adopté (en dépit des réserves quasi généralisées à son endroit), **le CPM est d'avis qu'il serait alors impératif d'assurer minimalement une assise locale aux comités des usagers et de maintenir leurs budgets aux normes actuelles.** De plus, le législateur devrait alors adresser une problématique actuellement ignorée par le projet de loi 10, c'est-à-dire le risque que la règle voulant que chaque comité de résidents nomme un délégué au comité des usagers (art. 209 LSSSS) ait comme **effet pratique de produire un comité des usagers beaucoup trop peuplé où les usagers hébergés seraient représentés en surnombre** par rapport aux usagers issus des autres missions du réseau.

Une autre question que pose le regroupement d'une multitude de comités des usagers tel que l'envisage actuellement le projet de loi 10 est celle de la fonctionnalité du « super » comité des usagers régionalisé au sein d'un CISSS. Plusieurs de nos membres nous rapportent à quel point il leur est difficile de trouver le temps requis pour assister et se préparer aux différentes réunions auxquelles ils sont conviés afin de représenter les usagers. Dans les CISSS de très grande taille, il est indéniable que ce problème sera grandement exacerbé, ne serait-ce que par l'ampleur du territoire à desservir.

Notons que nos remarques à l'égard du caractère fonctionnel du comité des usagers au sein des nouveaux CISSS rejoignent d'une certaine façon des réserves similaires exprimées au sujet des CMDP régionalisés par la FMOQ et le Collège des médecins. Et cela, sans considérer que les membres d'un comité des usagers ne reçoivent aucune rémunération pour la contribution qu'ils apportent à la gouvernance de l'établissement et que ce sont souvent des personnes atteintes de maladies chroniques.

Par ailleurs, il y a lieu de craindre que la participation citoyenne au sein du comité des usagers et du conseil d'administration du CISSS ne devienne que l'apanage des personnes qui résident à proximité du centre administratif du CISSS (avec les problèmes de représentation des différentes localités d'une région que cela entraîne). Comment, dans des régions comme l'Abitibi-Témiscamingue ou le Bas St-Laurent, peut-on croire que des personnes, souvent à mobilité réduite, accepteront de faire des heures de route pour simplement assister à une réunion?

Enfin, le fait que le projet de loi 10 fasse passer le nombre d'administrateurs issus du comité des usagers de 2 à 1 nous paraît tout à fait inacceptable, d'autant plus que les candidats dits « indépendants » seront ultimement nommés par le ministre.

Commentaires spécifiques - gouvernance et imputabilité²

*Comment «imposer des normes car c'est un gage de contrôle»...
...plutôt que de « faire confiance aux employés en leur délégrant des pouvoirs »*

Pour bien camper les commentaires du CPM et de la FCURQ en ce qui a trait à la «nouvelle » organisation du réseau de la santé que propose le projet de loi 10, il y a lieu d'abord de rappeler que le CPM et la FCURQ réclament depuis de nombreuses années l'implantation d'un véritable système d'imputabilité dans le réseau de la santé. L'ampleur et la mission du réseau de la santé sont toutes désignées, en effet, pour la mise en place d'une véritable délégation de pouvoir afin que ceux qui sont le plus près du patient aient le plus de marge de manœuvre possible pour agir, prodiguer les bons soins au bon moment et surtout, pour répondre de leurs actions. Pour ce faire, il y a lieu de définir succinctement le concept d'imputabilité et de reddition de compte, galvaudé par nos politiciens et par les scribes de l'État dans diverses pièces de législation dont celles de la LSSSS et le projet de loi 10 :

Le système d'imputabilité comporte quatre éléments fondamentaux, savoir :

1. **Un mandat**, des objectifs clairement définis et convenus;
2. **Le pouvoir**, c'est-à-dire une délégation d'autorité et les moyens appropriés afin de réaliser les objectifs;
3. **Une évaluation**, un système de mesure, d'appréciation et de rétroaction sur le rendement observé;
4. **Une reddition de compte**, soit un jugement sur les succès ou sur leurs échecs obtenus.

Dans la littérature sur le sujet, nous savons qu'une organisation, quelle qu'elle soit, existe d'abord par ceux qui y œuvrent et par les rapports qui existent entre eux. Il n'y aurait pas d'organisation s'il n'y avait pas de rapports, de relations entre les personnes chargées de livrer la mission de celle-ci. Une organisation est principalement tissée d'une dynamique d'engagements mutuels et interdépendants, particulièrement dans une organisation de services comme le réseau de la santé.

Un système d'imputabilité ne peut exister dans le réseau de la santé, sans qu'il soit soutenu de tous les membres, du ministre au personnel de base. Le système d'imputabilité est un système qui exige du patron de donner toute sa confiance aux employés (délégation de pouvoir) car en contrepartie, il comporte toute la responsabilité de ceux-là à répondre de leurs actions (reddition de compte).

Le débat classique entre le « faire confiance aux employés » et le « imposer des normes est un gage de contrôle » est dépassé avec l'implantation d'un système d'imputabilité.

Malheureusement, historiquement, et au simple examen des dispositions citées dans les tableaux en annexes, tant celles de la loi actuelle que celles du projet de loi 10, on continue

² À titre informatif, cette section du présent mémoire met à contribution l'expertise et l'expérience particulière en administration publique de M^c Paul G. Brunet, président-directeur général du Conseil pour la protection des malades.

anachroniquement de croire et d'agir en imposant des normes, des contrôles et des approbations de toutes sortes comme pour mieux contrôler alors que ce faisant, c'est l'organisation même qu'est le réseau de la santé qu'on est en train d'anéantir. Plusieurs illustrations du propos sont soumises dans les tableaux joints en annexes au présent mémoire.

RÉSUMÉ DES ILLUSTRATIONS

À partir des notions sur l'imputabilité brièvement exposées et des tableaux soumis en annexes, on comprend qu'un système d'imputabilité et de reddition de compte ne peut sérieusement être mis en place lorsque l'administration ou les administrateurs sont encadrés par autant de contrôles et de mesures que le ministre de la santé entend prendre, dans la loi actuelle comme dans le projet de loi 10.

Voici quelques exemples de ces contrôles et mesures que le ministre accapare en pensant mieux organiser le fonctionnement du réseau de la santé :

Pouvoirs du ministre :

- **nomination des médecins** dans un établissement (art. 237 et 506 LSSSS)
- **autorisation** d'acquisition, construction, **aménagement d'un établissement** (art. 260)
- **détermination de la forme et du contenu des rapports** d'un établissement (art. 278)
- contenu du budget d'un établissement (art. 284)
- **thèmes de la vérification externe** des établissements (art. 293 et 505 (8))
- **demander en tout temps l'information financière** que le ministre souhaite obtenir (art. 297)
- **établissement des conditions de soins et d'hébergement** des résidences pour personnes âgées
- **regroupement des services d'approvisionnement** à la discrétion du ministre
- **définition du cadre de gestion des ressources humaines** (art. 431)
- **identification des besoins et de la consommation des services** en établissement de soins (art. 436)
- **établissement, mise en œuvre et application des politiques et procédures d'approvisionnement dans un établissement** (art. 436, 485)
- **définition de ce qu'est une personne dans le besoin** (art. 478, 479, 480)
- **autorité sur la fourniture d'un médicament** dans un établissement (art. 505 (4))
- **approuver les mesures d'hygiène et de sécurité** dans un établissement (art. 505 (5))
- **définir les mesures disciplinaires contre un professionnel** de la santé (art. 506 (2))
- **initiative d'intervention possible à tout moment**, à la discrétion du ministre (notes explicatives du PL 10)
- **établissement des corridors de services** par le ministre (art. 34, 35 et 38 PL 10)
- **surveiller les permutations budgétaires interdites** (art. 55)
- **octroi des subventions** aux établissements et organismes communautaires à la discrétion du ministre (art. 59 al. 5, 89)
- **soutenir et intervenir auprès des établissements pour la conclusion d'ententes** (art. 59 al. 14)
- **le ministre développera (lui-même) des outils d'information et gestion** des établissements (art. 59 al. 15)

- **approuver les programmes d'accès aux services de santé d'un établissement** (art. 65)
- **mettre fin à une entente avec une clinique médicale spécialisée** oeuvrant en partenariat avec un établissement (art. 67 PL 10; art. 349.3 et 349.8 LSSSS)
- **le ministre gère, planifie et veille à l'application des plans des ressources humaines** (art. 78 PL 10; art. 376, 377 LSSSS)
- **le ministre a le pouvoir de surveiller et d'enquêter sur tous les établissements** (art. 82 PL 10; art. 414 LSSSS)

CONSTATS

Si l'on doit saluer l'objectif de simplification de l'organisation du réseau de la santé par l'abolition des agences de santé dans le projet de loi 10, on peut se demander, à la vue des pouvoirs que le ministre s'attribue, où est passée la promesse du ministre à l'effet qu'il ne gérerait pas le réseau de la santé et qu'il déléguerait les pouvoirs requis pour en faire un réseau plus près du patient et plus efficace. Le projet de loi 10, dans sa forme actuelle, est en porte à faux avec cette promesse.

En fait, le projet de loi donne l'impression que le ministre s'est institué dans le projet de loi comme le nouveau et le seul véritable super président-directeur général du réseau de la santé au Québec, en ne procédant à aucune délégation de pouvoir et en laissant encore moins de latitude aux administrations. La délégation de pouvoirs qu'on avait enfin l'opportunité d'introduire dans le projet de loi 10 est remplacée par un système de menaces d'intervention à tout moment de la part du ministre. Avec tous les contrôles, exigences d'approbation et initiatives de surveillance établies qui pèseront comme jamais sur les administrations du réseau, on ne peut plus parler d'imputabilité.

L'attribution de tous les pouvoirs entre les mains du ministre est à ce point hors de proportion qu'il est encore difficile pour les juristes du CPM et de la FCURQ de croire qu'un tel projet de loi ait pu être présenté à l'Assemblée nationale. Le premier ministre M. Philippe Couillard lui-même avait pourtant promis en campagne électorale qu'une réforme en profondeur serait entreprise dans le réseau de la santé. Le projet de loi 10 ne touche aucunement à l'organisation actuelle ni même à sa loi constitutive, si ce n'est de l'abolition des agences de santé. Le projet de loi 10, dans sa forme actuelle, fait évidemment mentir le premier ministre sur sa promesse. On assiste plutôt à l'ajout d'une liste importante de pouvoirs que le ministre se donne en aggravant du même coup le problème d'imputabilité du réseau qui ne sera évidemment pas résolu par le projet de loi 10.

S'il n'est plus surprenant de lire les statistiques effarantes au sujet du désarroi et de la démotivation des professionnels et des gestionnaires du réseau de la santé, le diktat institutionnalisé dans le projet de loi 10 ne pourra que faire gonfler les chiffres de ces statistiques et rendre le réseau de la santé encore moins performant et encore moins imputable qu'avant.

Avec l'échec assez prévisible de pareille orientation « managérielle », on doit déplorer le fait que des centaines de millions de dollars devront être engloutis dans une autre aventure dont le gouvernement actuel, s'il ne rectifie pas maintenant le tir dans le projet de loi 10, sera quant à lui, éventuellement imputable.

Conclusion

Les recommandations et commentaires issus du présent mémoire n'ont pas la prétention d'être parfaits, mais constituent l'humble point de vue d'un organisme voué depuis près de quarante ans à la défense des droits des usagers, ces personnes dont la loi a pour fonction principale de protéger.

S'il est vrai que objectifs du projet de loi sont valables et que la volonté politique pour les réaliser est d'une vigueur que nous avons rarement vue, **force est toutefois d'admettre que le ministre doit retourner à sa table à dessin** (et cette fois-ci avec le concours des acteurs concernés) afin de mener la véritable réforme qu'attendent depuis trop longtemps les usagers.

À défaut de quoi, — pendant que tous seront affairés à redessiner des organigrammes, concevoir de nouveaux logos et engager des consultants — il y aura lieu de se demander qui se souciera dans l'équipe de gestion des futurs CISSS de résoudre les problèmes récurrents que vivent en pratique les usagers.

À cet égard, nous osons croire que le point de vue émis ici pourra servir à une réflexion dont les résultats viseront l'unique intérêt du public.

ANNEXE A

**Tableaux illustrant les multiples exemples
de l'autorité non déléguée dans la l'actuelle LSSSS
et dans le projet de loi 10**

[Annexe préparée par Me Paul G. Brunet, m.a.p.]

Exemples multiples d'autorité de gestion non déléguée aux administrations d'établissements :

Loi actuelle sur les services de santé et les services sociaux

Sujet	Article de la LSSS actuelle	notes	Activité de gestion non déléguée donc non susceptible de rendre imputable la direction	Situation corrigée dans le PL 10 ?
Entente de gestion et d'imputabilité	182.1 ss.	L'Agence et le ministre sont impliqués dans l'entente Une vraie entente de gestion et d'imputabilité devrait prévoir les orientations ministérielles, les résultats convenus à atteindre, et surtout la latitude requise en conséquence , par les établissements	Oui	Non.
Le directeur général veille au respect des objectifs de l'entente de gestion	182.4	Le respect ne peut être surveillé qu'à l'intérieur du cadre de gestion fixé par le ministre (art. 431 al. 5)	Oui	Non
Nomination des médecins dans un établissement	237 et 506	Le gouvernement détermine notamment le formulaire de nomination, la procédure de mesures disciplinaires, les statuts à accorder aux médecins	Oui	Non
Acquérir, construire ou simplement aménager un immeuble	260	Autorisation requise de l'Agence (désormais du CISSS) et du ministre	Oui	Non
Rapport trimestriel sur les activités	278	Forme et contenu dictés par l'Agence (CISSS)	Oui	Non
Prévisions budgétaires	284	Paramètres dictés par le ministre	Oui	Non
Vérification externe	293 et 505(8)	Éléments du mandat définis par le ministre	Oui	Non
Emprunt	296	Selon les conditions fixées par le ministre	Oui	Non
Fournir toute information financière sur	297	Le ministre a le droit de savoir en tout temps la situation	Oui	Non

demande		financière de l'établissement		
Conditions de soins et d'hébergement, résidences privées pour personnes âgées	346.06	Celles-ci sont déterminées par le gouvernement	Oui	Non
Regroupement des approvisionnements	383	Le ministre peut forcer les établissements à se regrouper	Oui	Non
Politiques, objectifs, cadres de gestion et activités	431	Intitulés « Fonctions ministérielles », les pouvoirs accordés au ministre confondent plans, politiques et activités de gestion	Oui Au moins pour les activités de gestion, celles-ci devraient être la responsabilité des établissements, localement et fixées dans un plan d'actions convenu avec le ministre ou le CISSS ex. art. 431 al. 6.1, al. 6.2	Non
Tous renseignements concernant les besoins et la consommation de services	433	Le ministère veut colliger lui-même des renseignements alors que ce sont d'abord les établissements qui devraient avoir le devoir de les colliger pour mieux traiter la population qu'ils ont à servir	Oui	Non
Mise en œuvre des politiques d'approvisionnement	436	Le ministre établit et voit à la mise en œuvre des politiques d'approvisionnement ainsi qu'à leur application	Oui. Ce qui ne devrait pas être de son ressort au moins quant à son application	Non. Art. 80 PL 10 Le ministre peut désormais forcer des établissements à se regrouper s'ils n'atteignent pas les objectifs fixés par le ministre
Détermination du fait qu'une personne est dans le besoin, de l'aide à l'hébergement ou du support à domicile	478, 479, 480	Le gouvernement détermine si une personne est dans le besoin et la forme que cette aide prendra	Oui	Non
-Procédures d'approvisionnement dans un établissement	485		Oui	Non

-concession de services dans un établissement -location d'immeuble				
Fourniture d'un médicament donné	505 al. 4	gouvernement	Oui	Non
Mesures d'hygiène et de sécurité dans un établissement	505 al. 5	gouvernement	Oui	Non
Mesures disciplinaires à prendre contre un professionnel de la santé	506 al. 2		Oui	Non

Projet de loi no. 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales

Autres exemples multiples d'autorité de gestion non déléguée aux administrations d'établissements dans le PL 10 :

sujet	Article du PL 10	Notes
Nouveau pouvoir d'intervention du ministre : Intervenir auprès de la direction générale d'un établissement si des gestes incompatibles avec les règles de saine gestion sont posés	Notes explicatives au début du projet de loi	Meilleur indice de méfiance édifié en loi, sans possibilité d'établir un vrai système d'imputabilité. Ce pouvoir d'intervention équivaut à une supervision directe et à diriger Le ministre avait pourtant promis qu'il ne gérerait pas le réseau
Établissement des corridors de services par le ministre s'il n'est pas satisfait de ceux établis par les établissements	38	Ce pouvoir d'intervention équivaut à une supervision directe et à diriger
Les dispositions qui s'appliquaient à une agence s'appliquent désormais aux établissements régionaux et suprarégionaux	42	Tous les cas d'autorité de gestion non déléguée dans la loi actuelle s'appliquent désormais aussi aux CISSS
Les renseignements qu'une Agence pouvait demander sont désormais des demandes du ministre	43	Ce pouvoir d'intervention équivaut à une supervision directe et à diriger
Permutation interdite des sommes dédiées sauf sur autorisation du ministre	55	Ce pouvoir d'intervention équivaut à une supervision directe et à diriger
Pouvoirs des anciennes agences au sujet des Ressources intermédiaires dévolus désormais au ministre	56	Ce pouvoir d'intervention équivaut à une supervision directe et à diriger
Les fonctions des anciennes Agences en matière de subvention aux organismes communautaires octroyées	59 al. 5 89	Vaudra mieux être très gentil avec le ministre...

notamment par les établissements sont désormais dévolues au ministre qui établit aussi les règles budgétaires et celles relatives à l'octroi de ces subventions		
Le ministre est responsable de soutenir et d'intervenir auprès des établissements pour la conclusion d'ententes de services	59 al. 12	Ce pouvoir d'intervention équivaut à une supervision directe et à diriger
Le ministre doit s'assurer que les mécanismes de référence et de coordination entre les établissements sont établis et fonctionnels	59 al. 14	Ces résultats attendus devraient faire partie des résultats attendus des CISSS dans les ententes de gestion et d'imputabilité et non être un devoir du ministre
Le ministre doit développer des outils d'information et de gestion des établissements	59 al. 15	Cette obligation devrait faire partie des résultats attendus des CISSS dans les ententes de gestion et d'imputabilité et non un devoir du ministre
L'établissement doit établir un programme d'accès aux services de santé et services sociaux en langue anglaise ET être approuvé par le Gouvernement	65	Exemple de déconcentration et non de décentralisation de l'autorité
Le ministre peut mettre fin à une entente avec une clinique médicale associée par le ministre (avant le PL 10, l'Agence avait ce pouvoir)	67 349.3 et 349.8 LSSSS	Exemple de centralisation de l'autorité
Le ministre gèrera désormais, à la place des Agences, les ressources humaines, planifiera la main-d'œuvre, son développement et veillera à l'application des plans	78 376, 377 LSSSS	Exemple de centralisation ou de maintien de la centralisation de la gestion de la main-d'œuvre alors qu'elle devrait relever depuis toujours des établissements
Pouvoir de surveillance, d'enquête et d'intervention dévolu au ministre sur tous les établissements	82 413.1.1 à 415 LSSSS	Impossible de rendre une administration ou des administrateurs imputables avec une épée de Damoclès au-dessus de leur tête Ce genre de menace témoigne une fois de plus de la pauvreté des moyens pris depuis des années dans la LSSSS pour instaurer un véritable système d'imputabilité et de reddition de comptes