

Le CISSS, une idée intéressante, mais à modérer

Mémoire présenté à la Commission parlementaire sur le Projet de loi n° 10 visant à modifier l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales

Par : Paul Isenring, MD, PhD, Chaire de recherche du Canada en physiologie moléculaire, Professeur de médecine, Université Laval, néphrologue clinicien chercheur

Octobre 2014

Abréviations utilisées :

CHA : Centre hospitalier affilié de Québec (intégrant l'HEJ et l'HSS)
CHUDQ : Centre hospitalier universitaire de Québec (intégrant le CHUQ et le CHA)
CHUM : Centre hospitalier universitaire de Montréal
CHUL : Centre hospitalier universitaire de l'Université Laval
CHUQ : Centre hospitalier universitaire de Québec (intégrant l'HDQ, l'HSFA et le CHUL)
CHUS : Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CISSS : Centre intégré de Santé et de Services Sociaux
CUSM : Centre universitaire de santé McGill
ES : Établissement de soins
HDQ : Hôpital L'Hôtel-Dieu de Québec
HEJ : Hôpital de l'Enfant-Jésus
HSS : Hôpital du Saint-Sacrement
HSFA : Hôpital Saint-François d'Assise
ICM : Institut de cardiologie de Montréal
IUCPQ : Institut universitaire en cardiologie et pneumologie de Québec
IUSMQ : Institut universitaire en santé mentale de Québec
P-10 : Projet de loi n° 10
VP : Vice-Président

Introduction

Ce n'est pas tant les nouvelles propositions de fusions qui devraient être au cœur des inquiétudes, mais la manière dont elles seront déployées. Cette manière pourrait faire la différence entre une autre réforme centrée sur des structures coûteuses et une réforme centrée réellement sur les patients. À tout le moins, et ce, indépendamment de leurs paramètres de fonctionnement, les CISSS comporteront sans doute l'avantage d'assujettir les équipes de gestion de chacun des établissements de soins (ES) à un contrôle administratif plus rigoureux pour éviter les dérapages qui ont été commis sous le couvert de la « sacro-sainte autonomie » des institutions.

À l'heure actuelle, toutefois, le Projet de loi n° 10 (P-10) est insuffisamment détaillé pour permettre de conclure sur ses chances de succès. En outre, si les CISSS sont élaborés selon le modèle habituel des fusions administratives, c'est-à-dire en comptant exclusivement sur une diminution hypothétique du nombre d'administrateurs pour faire des économies, des conséquences fâcheuses seront à entrevoir. Ainsi, le P-10 devrait faire l'objet de plusieurs amendements pour favoriser la centralisation des pouvoirs décisionnels sans la rendre excessive, et pour éliminer tous les paliers hiérarchiques inutiles.

Amendements proposés

Tailles et rôles des CISSS

Des mécanismes robustes, à détailler dans le P-10, devraient être établis pour éviter que les CISSS, comme l'ont fait les CA d'ES fusionnés ces dernières années, ne s'adonnent eux aussi à une prolifération hiérarchique excessive. Ainsi, le nombre de gestionnaires, cadres et aides administratifs qui œuvreront dans un CISSS devrait être chiffré selon des paramètres déterminés et des mesures d'imputabilité. Le rôle de l'équipe de gestion centrale et ses mandats devraient aussi être codifiés selon des enjeux régionaux. Par exemple, il devrait appartenir aux CISSS de statuer sur les missions de chacun des ES, le déploiement des équipements coûteux, la distribution des budgets, les trajectoires de soins entre première et dernière ligne, etc.

Au fil des années, les équipes administratives des plus gros ES de la province, celles du CHUM et de l'ancien CHUQ notamment, se sont souvent comportées comme des empires entrepreneuriaux en mettant sur pied plus d'équipes (de communication, de gestion de crise, de porte-paroles, etc.) qu'il n'en faut pour assurer la qualité des interventions médicales à l'intérieur d'une saine gestion des ressources. Les nouveaux CISSS devraient donc s'en tenir à un rôle de gestion strict et des mécanismes instaurés pour s'assurer que seuls des représentants du ministère ou le PDG d'un CISSS lui-même assurent la communication entre les ES et le public. Aussi, les projets d'envergure devraient être pilotés par le ministère lui-même pour éviter d'autres sagas malheureuses.

Processus de nomination des PDG

Seul le ministère devrait pouvoir nommer le PDG et VP d'un CISSS, mais ses nominations devraient être endossées par l'ensemble des députés siégeant dans l'opposition. Le PDG et VP devraient avoir une large expérience non seulement en gestion, mais aussi en communication de l'information.

Rôles des administrations locales

Chacun des ES physiques devrait être doté d'une équipe de gestion qui inclut des représentants du public. Le nombre d'employés affectés à cette équipe devrait être défini selon un taux d'encadrement

restreint, mais suffisamment important pour permettre de répondre aux besoins du milieu. On ne parle pas ici d'une centaine de gestionnaires/ES, mais de bien plus qu'un seul répondant/lieu physique comme c'est le cas actuellement dans les ES fusionnés. L'équipe de gestion locale devrait conserver son indépendance pour le fonctionnement quotidien plutôt que de correspondre à une expansion vers le bas d'une pyramide qui décide tout. Par exemple, il devrait appartenir à ces équipes de gestion locales de statuer sur la trajectoire des missions reconnues, la nature des infrastructures routinières à acquérir, l'utilisation des budgets en fonction de normes, etc. Dans le même ordre d'idée, le responsable d'une équipe de gestion locale devrait être nommé par les professionnels de l'ES concerné.

Nombre de CISSS

Depuis que le P-10 a été rendu public, plusieurs ES revendiquent le statut de centre suprarégional. À l'heure actuelle, toutefois, augmenter le nombre de CISSS serait périlleux : le gouvernement acquiescerait aux demandes d'ES qui refusent le changement – qui veulent conserver leur structure administrative intacte – et il ouvrirait une brèche dont l'effet serait de multiplier les demandes de passage à un autre statut. Par exemple, si le CHU de Québec (CHUDQ) se voyait accorder un statut de CISSS sous prétexte qu'il est situé dans un vaste territoire, plusieurs ES au Québec pourraient invoquer des motifs analogues. Il en irait de même si le CHUDQ se voyait accorder le statut de CISSS sous prétexte qu'il est un gros centre universitaire à vocation déjà suprarégionale puisque des ES comme l'IUCPQ, l'IUSMQ, le CHUS, Maisonneuve, Sacré-Cœur et même L'HDQ du CHUDQ poursuivent tous une mission universitaire de haut niveau et assurent tous une large desserte. Au demeurant, il est important de rappeler que le CHUDQ n'est pas un seul et unique gros ES, mais qu'il est composé de cinq ES distincts dont seules les structures administratives ont été regroupées : leurs vocations cliniques respectives sont effectivement demeurées quasi identiques malgré la fusion CHUQ-CHA.

La reconnaissance suprarégionale pour quatre ES à Montréal a suscité une controverse certaine et a poussé plusieurs ES à ne pas s'impliquer dans un débat constructif sur le P-10, mais à multiplier les démarches pour éviter le regroupement. Une solution simple qui viendrait clore le débat serait de fusionner (éventuellement) chacun de ces ES de Montréal à d'autres ES. Dans le cas de Sainte-Justine, par exemple, pourquoi ne pas envisager une fusion transrégionale avec le CHUL? Les deux ES poursuivent essentiellement la même vocation singulière et se partagent déjà un large corridor de service. Avec l'accroissement de la population, de plus, et avec les nombreux lits disponibles à l'HSS pour la médecine adulte, le CHUL pourrait éventuellement développer une vocation pédiatrique et gynéco-obstétricale stricte sans que le gouvernement ait à investir impunément dans la construction d'ES neufs. Et une fois le déménagement de leurs activités bien avancé, le CHUM pourrait sans doute être fusionné à l'ICM, et le CUSM à un autre CISSS. Si de telles intentions étaient formulées clairement dans le P-10, la controverse à ce chapitre prendrait fin.

Pertinence de la fusion dans la fusion

Tous les ES actuellement fusionnés devraient être défusionnés pour simplifier la gestion intra-CISSS. Sinon, ils se retrouveront dans un modèle complexe de fusion dans la fusion et désavantagés dans leur fonctionnement quotidien par rapport aux ES non fusionnés puisqu'ils seront confrontés à des paliers hiérarchiques additionnels. Dans la région 03, ainsi, le nom CHU de Québec dans la liste des ES fusionnés (page 38 du P-10) devrait disparaître et les noms CHUL, L'HDQ, l'HSS, l'HSFA et l'HEJ devraient y apparaître.

Dans la même optique, le CISSS de la région 03 devrait changer de nom et s'appeler Centre intégré de Santé et de Services sociaux de la Capitale-Nationale sans le CHU de Québec à la fin. Le nom proposé

est illogique et appelle à une complexité terminologique superflue dans la mesure où l'IUCPQ et l'IUSMQ sont des ES distincts qui jouent aussi le rôle de CHU de la même manière que le CHUL, L'HDQ, l'HSS, l'HSFA et l'HEJ, et dans la mesure où le CHUDQ deviendrait caduque dans sa constitution actuelle de par la création d'une structure administrative élargie.

Le rôle du CMDP

L'expérience du CHUDQ qui a mené à la fusion de cinq CMDP a été négative sur le plan de l'implication des professionnels de la santé dans la gouvernance de l'institution. Par exemple, le taux de participation aux réunions du CMDP du CHUDQ (qui regroupe près de 1700 membres) a rarement dépassé les 5%¹ depuis deux ans, témoignant du profond désintérêt que suscite un tel cadre de rencontres. Il est facile d'imaginer que le désintérêt sera encore plus profond lorsque le CMDP comptera 3000 membres provenant de dix ES. Pour pallier à ce problème, il serait opportun de revenir à la formule d'un CMDP/ES, formule qui ne coûterait rien de plus aux contribuables, et de nommer un responsable/ES pour siéger sur un comité élargi intra-CISSS. Les préoccupations médicales de chacun des ES auraient, de surcroît, beaucoup plus de facilité à filtrer vers le haut.

Conclusions

Les CISSS offrent le potentiel de faire beaucoup mieux qu'aujourd'hui. Sans plus de précisions ou d'encadrement, toutefois, le P-10 pourrait mener à la création de structures inefficaces en répétant les erreurs qui ont contribué au faible succès des fusions administratives depuis plus de 30 ans.

Les amendements proposés l'ont été pour tenter d'éviter que de telles erreurs, dont celle de créer des structures omnipuissantes ou des empires administratifs politisés, ne se répètent une fois de plus. Il ne faut pas perdre de vue que ce sont les ES individuels, et non les structures, qui veillent directement au grain et qui sont aux prises avec les difficultés sur le terrain.

Les amendements proposés comporteraient aussi l'énorme avantage de redonner un sentiment d'appartenance aux professionnels de la santé, une variable qui est malheureusement occultée de manière constitutive dans les équations fusionnelles, mais qui joue pourtant un rôle majeur dans le désir d'implication. Les rôles du terrain et du patient devraient être bonifiés.

Enfin, le nombre de CISSS devrait être diminué d'au moins deux d'ici quelques années, et les ES actuellement fusionnés devraient être défusionnés pour enrayer toute forme de complexité administrative futile. Sinon, cette énième réingénierie nous commanderait à tous de changer quatre autres de nos trente sous pour quatre autres de nos dollars.

¹ Ce chiffre a atteint un maigre 10% lors d'une réunion extraordinaire récente que le CHUDQ a commandée en vue d'être appuyé par son CMDP pour accéder au statut de CISSS grâce à des représentations politiques.