

Une réforme inutile, des actions urgentes



Mémoire de la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ)

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

Présenté à la Commission de la santé et des services sociaux

Novembre 2014

Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ)

565, boulevard Crémazie Est, bureau 12100

Montréal (Québec) H2M 2W3

Téléphone : 514 383-8000

Télécopieur : 514 383-0311

Sans frais : 1 877-897-0057

www.ftq.qc.ca

Dépôt légal – 4^e trimestre 2014

Bibliothèque nationale du Québec

ISBN 978-2-89639-262-9

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
Partie 1 – Une réforme inquiétante	3
1.1 Présentation de la réforme proposée	3
1.2 Une réforme conçue sans bilan et sans une analyse sérieuse	5
1.3 Une réforme conçue en vase clos	8
1.4 Une centralisation porteuse d'un manque de démocratie.....	12
Partie 2 – Une plus grande ouverture au privé.....	15
2.1 L'organisation de la pratique médicale	16
2.2 Prudence dans l'adoption de nouveaux modes de financement des établissements.....	19
2.3 Non à la sous-traitance comme mode de livraison des services.....	21
2.4 Bref retour sur les PPP	23
Partie 3 – Régler ou créer des problèmes de gestion ?	27
3.1 Plus ou moins de bureaucratie?	27
3.2 Les ressources humaines et les relations de travail	30
Partie 4 – Gouvernance ou démocratie?.....	33
Annexe 1	36

INTRODUCTION

La Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ) représente plus de 600 000 personnes, réparties dans toutes les régions du Québec et dans tous les secteurs de l'activité économique, dont plus de 50 000 membres travaillent dans le réseau de la santé et des services sociaux, tant dans le secteur privé que dans le secteur public. Ils sont regroupés dans quatre syndicats : le Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP), le Syndicat québécois des employées et employés de service, section locale 298 (SQEES-298), le Syndicat des employées et employés professionnels-les et de bureau (SEPB) et l'Alliance de la fonction publique du Canada (AFPC)¹.

Nous nous faisons d'abord et avant tout le porte-parole des préoccupations de l'ensemble de nos membres et de leur famille, des citoyens et des citoyennes, des usagers et des usagères des services de santé et de services sociaux. Nos membres qui œuvrent dans le réseau sont cependant des personnes dont l'expérience et les connaissances nous permettent de mieux comprendre, de l'intérieur, les enjeux du réseau de la santé et des services sociaux, mais aussi d'identifier les solutions les plus prometteuses.

L'analyse globale que nous faisons du 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, est fondamentalement négative. Nous ne croyons pas que la réforme proposée permettra de répondre aux objectifs prétendument poursuivis, soit de « favoriser et simplifier l'accès aux services pour la population, contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et accroître l'efficacité et l'efficacités de ce réseau² ».

La FTQ demande donc le retrait pur et simple du projet de loi n° 10. Nous croyons que le ministre doit refaire ses devoirs, parce que ce dont le réseau a besoin n'est pas une énième réforme de structure, mais bien des décisions pertinentes pour s'attaquer aux problèmes concrets de la population. Des problèmes tels que l'accessibilité aux soins, à un médecin de famille ou à des services à domicile pour les aînés, la réduction des listes d'attente pour les personnes handicapées et les enfants atteints d'un trouble envahissant du développement, ou encore la complexité de l'accès aux places d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

¹ Le SCFP représente 20 000 membres, répartis dans les quatre catégories d'emploi du réseau, qui travaillent essentiellement dans le secteur public, dans tous les types d'établissements, tels qu'hôpitaux, CLSC, CHSLD, centres de réadaptation, centres jeunesse, instituts et agences régionales. Le SQEES-298 représente 22 000 membres au total, surtout dans le secteur public y compris les CHSLD privés conventionnés, mais aussi dans une centaine de résidences pour aînés (7 000 membres) et dans les ressources intermédiaires et les entreprises d'économie sociale (1 000 membres). Le SEPB-Québec représente 220 personnes du personnel de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. L'AFPC représente les 500 personnes qui forment le personnel de l'Hôpital Sainte-Anne, un hôpital appartenant au gouvernement fédéral, plus connu sous le nom de l'Hôpital des vétérans à Sainte-Anne-de-Bellevue dans l'ouest de l'île de Montréal.

² QUÉBEC, *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*, article 1, 25 septembre 2014, p. 5.

Il est aussi important que le ministre rebâtisse les ponts avec les diverses composantes du réseau s'il veut les mettre à contribution dans les différents chantiers qu'il faudra entreprendre pour véritablement atteindre les objectifs.

Le jugement que nous portons sur le processus de préparation du projet de loi ainsi que sur la consultation actuelle est aussi très sévère. Il nous semble inconcevable que, devant l'ampleur de la réforme proposée, qui remet en cause l'ensemble de la structure du réseau de la santé et des services sociaux, le ministre ait fait l'économie d'une consultation interne, dans les diverses instances du réseau, et d'une consultation élargie par exemple par le dépôt d'un livre blanc. Il est encore plus navrant qu'il procède actuellement avec une rapidité telle qu'elle démontre un certain mépris pour l'institution même qu'est la commission parlementaire et les groupes qui souhaitent se faire entendre.

Plus encore, nous nous inquiétons de l'attitude du ministre qui nous semble antidémocratique et irrespectueuse des personnes qui œuvrent dans le réseau. Des mots d'ordre ministériels auraient circulé dans le réseau pour interdire aux gestionnaires et aux représentants des établissements actuels d'intervenir de manière négative dans le débat. Le ministre a déclaré que « les cadres du réseau de la santé qui ne partagent pas les orientations données par le ministre peuvent [...] appliquer sur d'autres postes dans le réseau de la santé, ou simplement "réorienter leur carrière"³ ». Si on ajoute que le projet de loi propose que ce soit le ministre qui nomme les cadres supérieurs ainsi que les membres du conseil d'administration (CA) des nouveaux établissements, on peut facilement imaginer l'effet de bâillonnement que cela a sur les directions d'établissement et les CA actuels.

Notre mémoire, qui propose d'abord une analyse globale de la réforme proposée (Partie 1), vise à préciser nos craintes sur le fait que cette réforme ait plus de conséquences négatives que positives sur une privatisation encore plus grande du réseau (Partie 2), sur la capacité d'assurer une gestion adéquate au sein de la nouvelle structure (Partie 3), ainsi que sur l'évolution démocratique du réseau québécois de la santé et des services sociaux (Partie 4).

³ DELISLE, Gabriel, « Les gens ont cheminé et ils ont réfléchi », *Le Nouvelliste*, 18 octobre 2014 [En ligne] [lenouvelliste.newspaperdirect.com/epaper/viewer.aspx].

PARTIE 1 – UNE RÉFORME INQUIÉTANTE

Nous posons un jugement sévère sur le contenu du projet de loi. Nous croyons en effet qu'il propose une réforme inutile, le gouvernement pouvant atteindre plusieurs de ses objectifs à l'intérieur du système actuel. Selon nous, cette réforme sera inefficace et contre-productive, si on se fie à l'expérience du passé. De l'argent et des énergies seront ainsi consacrés à toute autre chose que l'amélioration des soins et des services à la population, ce qui devrait pourtant être l'objectif ultime de toute réforme.

1.1 Présentation de la réforme proposée

Le projet de loi n° 10 prévoit l'abolition des agences de la santé et des services sociaux et la fusion de tous les autres établissements de proximité d'une même région. On passe ainsi de 182 à 28 établissements au sens du projet de loi pour tout le Québec.

- ▶ On crée 19 centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) – un pour 14 régions, 5 pour l'île de Montréal. On y regroupe tous les actuels centres de santé et de services sociaux (CSSS), créés lors des regroupements de 2003, ainsi que les hôpitaux et les centres spécialisés comme les centres jeunesse ou les centres de réadaptation, qui n'avaient pas été fusionnés en 2003.
- ▶ Les 5 centres existants au Nunavik, à la Baie-James et sur la Côte-Nord pour les Naskapis sont maintenus.
- ▶ Dans la région de Montréal, 4 établissements demeurent autonomes : 3 centres hospitaliers universitaires (CHUM, CUSM, CHU Ste-Justine) et l'Institut de cardiologie de Montréal. On les appelle des établissements suprarégionaux.

La direction de chacun de ces 28 établissements est confiée à un président-directeur général et à un adjoint, tous deux nommés par le ministre (art. 9 et 29).

Les conseils d'administration (CA) sont composés de 13 à 15 personnes, toutes nommées par le ministre, suite aux recommandations d'un comité d'experts en gouvernance, dont 7 membres indépendants choisis en fonction de compétences précises : gouvernance et éthique; finances; gestion des risques et de la qualité; ressources humaines; ressources techniques et immobilières; jeunesse; services sociaux (art. 11). Le président du CA n'est pas choisi par les membres du CA, mais par le ministre parmi les membres indépendants (art. 19).

Une répartition des pouvoirs des anciennes agences se fait entre le ministre et les nouveaux CISSS. Ainsi, le ministre rapatrie des pouvoirs de gestion. Par exemple, il peut imposer ou modifier des corridors de services s'il les juge inappropriés (art. 38), ou se donner un plus grand

contrôle des ententes de services avec le réseau privé, par exemple avec un centre médical spécialisé (art. 59, 12^e paragr.). Le ministre peut aussi exiger l'usage commun de certains biens ou services qui ne sont cependant pas définis dans le projet de loi, ce qui lui donne un pouvoir d'intervention presque illimité (art. 133). Les projets de règlement qui prévoient des mesures nécessaires ou utiles à l'application de la loi ou à la réalisation efficace de son objet n'ont pas à être soumis à l'obligation d'être publiés dans la *Gazette officielle* et ils pourront être rétroactifs jusqu'au 1^{er} avril 2015 (art. 161)⁴.

Par ailleurs, un nouveau mode d'allocation des ressources financières, en fonction de programmes-service, semble avoir été établi avec la préoccupation de protéger les budgets destinés aux clientèles vulnérables, notamment par l'interdiction de transférer des sommes dédiées à un programme-service vers d'autres postes budgétaires (art. 55). Il est aussi prévu que l'implantation d'un mode de financement à l'activité prend effet dès l'adoption du projet de loi⁵.

Enfin, un maillage de services est prévu au sein du CISSS avec la création d'un Réseau régional de services composé des ressources suivantes : établissements et centres hospitaliers universitaires; cliniques privées de médecine, groupes de médecine familiale (GMF), supercliniques, etc.; pharmacies; entreprises d'économie sociale; ressources privées en santé; ressources non institutionnelles (RI-RTF, RPA⁶); partenaires de l'éducation, de la famille, du milieu municipal, etc.; groupes communautaires⁷. Le projet de loi fait d'ailleurs disparaître le concept de réseau local de services prévu par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, en le remplaçant par le Réseau régional de services⁸.

⁴ Ainsi, deux articles de la Loi sur les règlements ne s'appliqueront pas : « Tout projet de règlement est publié à la *Gazette officielle du Québec*. » (art. 8), « Un règlement entre en vigueur le quinzième jour qui suit la date de sa publication à la *Gazette officielle du Québec* ou à une date ultérieure qu'indique le règlement ou la loi en vertu de laquelle le règlement est édicté ou approuvé. » (art. 17).

⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Fiche technique d'un réseau d'établissements à un réseau de services aux patients*, non daté, 7 pages non paginées, p. 6 [En ligne] [www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/medias/Fiches-techniques-PL10.pdf]. Le document a été publié en ligne le 25 septembre 2014, jour du dépôt du projet de loi n° 10.

⁶ RI désigne une ressource de type intermédiaire; RTF une ressource de type familial; RPA une résidence privée pour aînés.

⁷ *Ibid.*, p. 3.

⁸ « Pour l'application de [la Loi sur les services de santé et les services sociaux], une référence à un réseau local de services de santé ou de services sociaux ou à son territoire est une référence à un réseau régional de services de santé et de services sociaux ou à son territoire et une référence à une instance locale est une référence à un établissement régional. » (art. 34).

Qu'est-ce qu'un établissement? La loi ou le sens commun?

Aux fins de l'application de la loi, l'établissement désigne le CISSS. Dans la vraie vie cependant, un établissement est un lieu physique : on reçoit des services de l'hôpital X, du centre jeunesse Y, du CLSC Z, etc. Pour éviter toute confusion, le ministre parle alors de points de service. Il donne l'exemple d'une grande entreprise privée qui a plusieurs... établissements! Des établissements qui sont d'ailleurs généralement gérés de manière autonome. Bien difficile de s'y retrouver! Dans le présent mémoire, la terminologie suivante sera utilisée : on parlera du CISSS comme d'un établissement au sens du projet de loi; les points de service seront appelés des établissements de proximité.

1.2 Une réforme conçue sans bilan et sans une analyse sérieuse

Au moment de déposer le projet de loi n° 10, le ministre a affirmé que la réforme aura des effets importants, mais il n'en a pas fait la démonstration. Pour cause! Des analyses de réformes similaires, comme en Alberta par exemple, démontrent que les objectifs poursuivis ne sont généralement pas atteints, au contraire.

Il y a moins d'un an, le 12 mars 2014, la Coalition solidarité santé a tenu une assemblée publique intitulée : « 10 ans de CSSS : quel bilan? ». Les conclusions des quatre panélistes, des personnes très expérimentées qui cumulent des décennies de connaissances du réseau, sont assez percutantes : la fusion n'a pas entraîné d'économies; le système est encore plus hospitalocentriste qu'avant; il y a eu peu d'investissement dans la première ligne ou alors des investissements sans marge de manœuvre et sans flexibilité; il n'y a pas eu de modifications dans les pratiques des médecins ou du personnel médical, professionnel et gestionnaire; les fusions n'ont pas respecté les territoires d'appartenance; des mesures de performance axées sur le seul volume ont entraîné la perte du sens du travail pour une proportion importante du personnel; on a constaté un manque de connaissance et d'habiletés des gestionnaires pour la gestion d'un trop grand ensemble⁹.

⁹ COALITION SOLIDARITÉ SANTÉ, *Assemblée publique – 10 ans de CSSS : quel bilan? Résumé des présentations et des conclusions des panélistes*, 12 mars 2014, 13 p. [En ligne] [www.cssante.com/sites/www.cssante.com/files/140312_resumepresentationsconclusionspanelistes.pdf]. Les panélistes étaient au nombre de quatre. Johanne Archambault a plus de 13 années d'expérience comme cadre supérieure en CLSC puis en CSSS. Elle a piloté plusieurs projets provinciaux dont l'Observatoire québécois des réseaux locaux de services pour soutenir l'actualisation des changements proposés par la réforme de 2004. André-Pierre Contandriopoulos est professeur titulaire au Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal, affilié à la Chaire sur la gouverne et la transformation des organismes de santé, au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé et à l'Unité de santé internationale de l'Université de Montréal. René Lachapelle est doctorant en Service social à l'Université Laval et professionnel de recherche à la Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire de l'UQO. Il a été un organisateur communautaire en CLSC durant près de 25 ans. David Levine est un ancien ministre délégué à la santé du Québec, ancien PDG de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal pendant 10 ans, présentement président de D.L. Consultation Stratégique, un groupe de consultation en gestion et leadership principalement dans le domaine de la santé.

L'Alberta : un exemple de centralisation ratée

Le cas de l'Alberta est intéressant, parce qu'il représente le summum de la centralisation et que de récentes évaluations en ont été faites, notamment pour ce qui est de l'intégration et de la continuité des services. C'est en 1994 que l'Alberta a organisé son réseau de la santé en 17 agences régionales (Regional Health Authorities). En 2003, elles ont été réduites à 9 agences régionales et 3 agences spécialisées (cancer, santé mentale, dépendances). En 2008, toutes les agences régionales sont remplacées par une seule agence pour l'ensemble de la province (Alberta Health Services Board). La création de ce « superboard » a politisé le processus décisionnel et a détourné des ressources humaines et matérielles vers la restructuration, les dirigeants et les employés ne pouvant se concentrer sur les améliorations nécessaires pour mieux répondre aux besoins de la population (intégration des soins, première ligne, etc.). À cause de l'éloignement des patients et de tentatives non coordonnées de décentralisation par la création de « zones » ou de « corridors », on considère qu'il y a encore beaucoup à faire pour une nécessaire décentralisation.

Sources : FALK, Will, et al., *Fiscal Sustainability & the Transformation of Canada's Healthcare System : A Shifting Gears Report*, octobre 2011, p.39. [En ligne] [www.kpmg.com/Ca/en/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Shifting%20Gears%20Health_Web%20FINAL-1.pdf]; ALBERTA HEALTH, *Working together to build a high performance health system – Report of the Health governance review task force*, février 2013, p. 11-12. [En ligne] [www.health.alberta.ca/documents/High-Performance-Health-System-2013.pdf]; DONALDSON, « Cam, Fire, Aim...Ready? Alberta's Big Bang Approach to Healthcare Disintegration », *Healthcare Policy*, p. 24, vol. 6 n° 1 2010 [En ligne] [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2929894].

La présente commission parlementaire a aussi reçu une analyse scientifique très complète qu'il ne peut rejeter du revers de la main. Nous entendons reprendre à notre compte les résultats de l'analyse du projet de loi qu'ont fait ces universitaires et chercheurs chevronnés¹⁰ à partir de près d'une centaine d'études portant sur des systèmes ayant adopté des structures organisationnelles similaires. Nous espérons que le caractère scientifique de l'étude saura influencer les décisions gouvernementales.

« Le présent mémoire propose une analyse logique du projet de loi n°10. L'analyse logique est une approche d'évaluation qui vise à anticiper les effets prévisibles d'une intervention en fonction des données scientifiques existantes. L'analyse proposée ici est centrée sur deux questions principales. La première est d'étudier la plausibilité du lien causal entre les modifications législatives mises de l'avant dans le projet de loi n°10 et les objectifs officiels de cette même réforme. La seconde question porte plus largement sur l'adéquation entre les moyens et les objectifs et discute des avenues d'intervention alternatives susceptibles de permettre l'atteinte des objectifs du projet de loi n°10.

¹⁰ Il s'agit de Damien Contandriopoulos, professeur agrégé à la Faculté des sciences infirmières et à l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal, de Mélanie Perroux, professionnelle de recherche de l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal, d'Astrid Brasseur, professeure titulaire du Centre de recherche – HCLM et du Département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Sherbrooke et de Mylaine Breton, professeure adjointe du Département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Sherbrooke.

« Le projet de loi n°10 met de l'avant trois objectifs principaux : améliorer l'accessibilité et la qualité des soins et augmenter l'efficacité du système. Les objectifs mis de l'avant dans le projet de loi n°10 apparaissent consensuels et désirables. Ils sont aussi cohérents avec les objectifs principaux des réformes mises en place dans les dernières années.

« L'analyse que nous avons conduite indique toutefois que les modifications législatives proposées dans le projet de loi n°10 sont peu susceptibles de produire les effets visés. Les études qui ont analysé les effets des fusions administratives sur les coûts, la coordination et la qualité des soins indiquent de manière remarquablement consensuelle que les fusions ne permettent pas de gains à ces niveaux. Premièrement, étant donné que la vaste majorité des établissements créés par le biais des fusions proposées dans le projet de loi n°10 dépasserait la taille critique à laquelle on peut espérer des économies d'échelle et que les fusions proposées sont essentiellement horizontales, il n'existe pas de base crédible permettant de croire que cette réforme permettra des gains d'efficacité. Deuxièmement, l'analyse rétrospective de centaines de fusions d'établissements depuis les années 1990 montre que la fusion administrative n'est pas l'approche la plus efficace pour améliorer l'intégration des soins et ne permet pas d'identifier un lien entre les fusions administratives et l'amélioration de la qualité. Troisièmement, la relation entre la performance organisationnelle et la centralisation des pouvoirs n'est pas une relation linéaire simple. Une centralisation très poussée des pouvoirs décisionnels ne permet pas forcément une amélioration de la performance. La robustesse de la preuve sur tous ces aspects est impressionnante.

« En ce qui concerne le processus de mise en œuvre, la littérature scientifique indique avec une belle unanimité qu'il est illusoire de croire qu'un exercice de fusion administrative puisse être conduit par un contrôle hiérarchique serré, exercé depuis le central. En pratique les gestionnaires des organisations concernées vont jouer un rôle de premier plan pour donner du sens aux grandes lignes fixées dans le projet de loi. Le succès d'un projet de fusion administrative auquel les acteurs sur le terrain ne croient pas est sérieusement compromis.

« Finalement, le fait que les fusions soient une avenue d'intervention aussi lourde sur le plan administratif et organisationnel, et ce pendant une période de plusieurs années, rend centrale la question du coût d'opportunité. Le coût d'opportunité désigne ici la somme de tout ce qui sera rendu impossible par la décision de mettre en œuvre le projet de loi n°10. La mise en œuvre de fusions administratives à grande échelle va exercer une pression intense sur l'appareil administratif de toutes les organisations concernées durant plusieurs années. Au cours de cette période, les gestionnaires vont être accaparés par l'opérationnalisation de la réforme et ne seront pas en mesure d'assurer de manière optimale le suivi des autres dossiers ou de soutenir le développement d'interventions désirables. Ce phénomène est évident pour quiconque a observé le long processus de fusion ayant donné naissance aux CSSS actuels. Dans ce contexte, il nous apparaît important de souligner qu'il existe une abondante littérature scientifique qui identifie

des avenues d'intervention nettement plus prometteuses que celles privilégiées par le projet de loi n°10.

« En conclusion, l'analyse de la désirabilité d'un projet de loi devrait tenir compte de l'analyse de son bien-fondé et de son cout d'opportunité. Sur le plan du bien-fondé, l'analyse des connaissances disponibles indique de manière très claire que le projet de loi, dans sa forme actuelle, ne permettra pas d'atteindre les objectifs qu'il affirme poursuivre. En particulier, aucune donnée crédible ne permet de croire que les fusions administratives à grande échelle du type de celles proposées dans le projet de loi n°10 produisent une amélioration de l'accessibilité, de la qualité ou de l'efficience.

« Sur le plan du cout d'opportunité, les demandes que la mise en œuvre du projet de loi va créer dans l'ensemble de l'appareil administratif sont majeures. Si le gouvernement va de l'avant avec ce projet de loi, il se prive de fait de la capacité d'intervenir à court et moyen termes sur d'autres problématiques ou en utilisant d'autres leviers. Les connaissances disponibles indiquent que plusieurs leviers d'intervention qui ne sont pas mobilisés dans le projet de loi n°10 ont un potentiel largement supérieur pour atteindre les objectifs visés¹¹. »

1.3 Une réforme conçue en vase clos

Parce que la réflexion du ministre s'est faite en vase clos, tous les effets de la réforme sont loin d'avoir été envisagés. À cet égard, certaines déclarations du ministre nous semblent relever de la pensée magique.

« Moins de bureaucratie pour plus de soins¹². » « Le redéploiement du réseau laissera intacts "tous les points de service" [...] "C'est une refonte administrative!"¹³ » Pourtant, les dernières fusions ont entraîné des rationalisations qui ont fait que des services ne sont plus offerts dans tous les établissements de proximité. Il n'est pas non plus prévu que les économies, s'il y en a vraiment, soient réinvesties dans le réseau.

¹¹ CONTANDRIOPOULOS, Damien, et al., *Mémoire 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*, octobre 2014, p. 2-3. Les caractères gras ont été faits par les auteurs du texte. Les références aux différentes recherches ont été enlevées pour alléger le texte, mais peuvent être retrouvées dans le document original (présenté le 20 octobre 2014) qu'on trouve à l'adresse suivante : [www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/CSRSS/mandats/Mandat-25777/memoires-deposes.html].

¹² BÉLAIR-CIRINO, Marco, « Québec propose une réforme majeure du réseau de la santé », *Le Devoir*, 25 septembre 2014 [En ligne] [www.ledevoir.com/politique/quebec/419430/quebec-propose-une-vaste-reorganisation-du-reseau-de-la-sante].

¹³ BÉLAIR-CIRINO, Marco, « Le spectre d'un superministre effraie », *Le Devoir*, 26 septembre 2014, [En ligne] [www.ledevoir.com/politique/quebec/419566/sante-le-spectre-d-un-super-ministre-effraie].

« La réforme doit mettre fin aux "guerres de clochers" entre les établissements¹⁴. » On peut cependant croire que la guerre ne disparaîtra pas. Elle aura lieu au sein du CISSS, l'établissement au sens du projet de loi, entre les différents établissements de proximité.

► Des choix incohérents : des établissements et des services en danger?

En voulant proposer un modèle unique, le ministre a aussi pris des décisions difficiles à comprendre ou à défendre. Par exemple, quelle est la logique de l'intégration dans un CISSS de l'Institut Pinel, qui a notamment un mandat national d'institution à sécurité maximale¹⁵? Pourquoi des traitements différents pour l'Institut de cardiologie de Montréal, reconnu comme établissement supranational, et pour l'Institut de cardiologie de Québec, pourtant plus gros que celui de Montréal, qui sera intégré à un CISSS? Comment peut-on prévoir la fusion de l'Hôpital Sainte-Anne, alors que les négociations pour le transfert de cet établissement fédéral au gouvernement du Québec ne sont pas complétées et que des promesses de transition ont été faites au personnel en place¹⁶? Quelle politique sera établie pour les établissements de proximité qui ont des missions particulières auprès de certaines communautés, comme l'Institut Canadien-Polonais du Bien-être? Comment se fera la coordination entre les cinq CISSS de l'île de Montréal alors que la population y est très mobile?

Les fusions proposées relèvent aussi d'une certaine méconnaissance des missions des services sociaux et des dérapages possibles de leur regroupement avec des établissements de santé. L'expérience de la création des CSSS confirme cette inquiétude. Lors de la création du régime moderne de la santé et des services sociaux, les CLSC devaient en être la première ligne, ce qu'ils n'ont pas bien réussi à faire à cause de la résistance des médecins. Depuis la création des CSSS, plusieurs affirment qu'on les a considérablement anémiés. Par exemple, la fusion a permis d'utiliser des sommes prévues pour les soins à domicile pour résorber des déficits causés

¹⁴ ROBILLARD, Alexandre, « Le ministre Gaétan Barrette annonce l'abolition des agences de santé », *La Presse canadienne*, 25 septembre 2014.

¹⁵ Les employés de l'Institut Philippe-Pinel, membres du SCFP, ont tenu un piquet de grève symbolique pour manifester leurs inquiétudes face au projet de loi n° 10, pour la sécurité des patients, du personnel et de la population. Leur intégration au sein d'un CISSS aurait des effets sur le processus de référence des patients. Actuellement, ce sont les juges qui prennent la décision d'envoyer une personne à Pinel. « Avec la fusion des services de santé, [le juge] devra passer par le ministère puis par un cheminement bureaucratique », avec la crainte que des patients puissent être envoyés dans des établissements non spécialisés. Source : BOUSQUET-RICHARD, Simon, « Des employés de Pinel s'inquiètent pour la sécurité publique », *L'Informateur de Rivière-des-Prairies*, 28 octobre 2014, vol. 30, n° 32.

¹⁶ L'Hôpital Saint-Anne, situé à Sainte-Anne-de-Bellevue, est un centre de soins de longue durée fédéral pour les anciens combattants. Les négociations pour le transfert de cet établissement fédéral vers le Québec dure depuis environ trois ans. Plusieurs questions sont en jeu : le maintien d'un ratio employé/bénéficiaire qui est élevé par rapport à ce qui existe dans le réseau québécois, soit un employé pour deux bénéficiaires; l'exigence d'offrir le service dans la langue officielle au choix du bénéficiaire, 60 % de la clientèle étant anglophone; conserver une priorité des lits aux anciens combattants; protéger les intérêts du personnel, même si ceux-ci savent qu'ils subiront une baisse de leurs conditions monétaires d'environ 15 %. Ainsi a été faite la promesse que la fusion avec le CSSS ne se ferait qu'après une période de transition de 3 à 5 ans durant laquelle le conseil d'administration continuerait d'exister. On trouve à l'Annexe 1 un extrait des explications données sur le site d'Anciens combattants Canada.

essentiellement par les hôpitaux. Une enquête de la Protectrice du citoyen sur l'accessibilité aux services de soutien à domicile a été faite suite à une augmentation très importante du nombre de plaintes.

« De plus, certains CSSS utilisent à d'autres fins que le service de soutien à domicile les budgets récupérés lors d'un transfert d'un usager vers une autre région, lors d'un hébergement permanent ou lors du décès d'un usager.

« Par le passé, ces montants récupérés étaient normalement redistribués entre les personnes en attente de services. Depuis quelques années, des CSSS versent ces sommes dans leur fonds général afin d'atteindre l'objectif du déficit zéro, tel qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 2010-2011. Cette façon de faire va toutefois à l'encontre des directives ministérielles selon lesquelles l'atteinte du déficit zéro ne doit pas avoir d'incidence directe sur les services aux usagers. En l'absence d'augmentation budgétaire, la récupération de ces montants était le principal moyen privilégié par la plupart des CSSS pour répondre aux nouveaux besoins de la clientèle¹⁷. »

Nous nous inquiétons du fait que la combinaison de coupes budgétaires importantes et des fusions proposées par le projet de loi n° 10 aura pour conséquence de vampiriser encore plus les services à domicile, mais aussi d'autres services sociaux qui s'adressent à des clientèles plus vulnérables, les jeunes, les personnes déficientes, celles qui vivent des problèmes de dépendance ou de santé mentale, etc. Nos syndicats sont aussi inquiets de la capacité de maintenir et de développer des services adéquats en médecine du travail.

Depuis le début des années 1980, nos syndicats ont développé un réseau d'environ 2 000 délégués sociaux qui interviennent auprès de leurs collègues de travail ayant notamment des problèmes de dépendance ou de santé mentale, dans des entreprises privées et des organisations publiques de tous les secteurs d'activité et de toutes les régions du Québec. Nous les formons pour qu'ils puissent assumer un rôle de soutien et assurer une référence vers les ressources appropriées. Des liens étroits ont donc été créés avec ces ressources et les associations qui les représentent, comme l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ), dont on craint la disparition dans le secteur public. En effet, la diminution ou l'absence de ressources dans le réseau public empêcheraient plusieurs travailleurs et travailleuses de participer à des démarches positives en vue d'un rétablissement, mettant ainsi en péril leur emploi. De plus, ils n'auraient pas les ressources financières nécessaires pour aller dans les ressources privées.

¹⁷ LE PROTECTEUR DU CITOYEN, *Chez soi : toujours le premier choix? L'accessibilité aux services de soutien à domicile pour les présentant une incapacité significative et persistante*, rapport d'enquête déposé à l'Assemblée nationale, mars 2012, p.17-18 [En ligne] [www.protecteurducitoyen.qc.ca/fileadmin/medias/pdf/rapports_speciaux/2012-03-30_Accessibilite_Soutien_domicile.pdf].

► Des régions sociosanitaires gigantesques

Dans la précipitation qui a conduit au dépôt de ce projet de loi, il ne semble pas qu'on ait vraiment réfléchi à un découpage sensé des régions sociosanitaires. En effet, dans le projet de loi, sauf pour Montréal, ces régions sont en fait les régions administratives que le gouvernement du Québec utilise dans presque tous ses ministères. Nombreux sont les organismes qui croient qu'il faudrait refaire un découpage plus cohérent, qui tiendrait compte de plusieurs variables notamment la taille du territoire et la densité de la population.

« Cette intégration [des soins et des services] ne doit pas être imposée de l'extérieur, mais plutôt être perçue par la plupart des acteurs comme étant le moyen de répondre à une responsabilité partagée à l'égard de la santé de la population sur un territoire donné. Elle doit aussi tenir compte des bassins de desserte naturelle des territoires et non d'un partage établi uniquement en fonction des régions administratives¹⁸. »

« La région de services devrait correspondre à la répartition la plus fonctionnelle des ressources institutionnelles, professionnelles, matérielles et techniques qui puisse rejoindre les objectifs d'accessibilité des soins et de bonne administration du système. Cette proposition suppose un redécoupage des régions actuelles¹⁹... »

L'exemple du CISSS de la Montérégie est éclairant à cet égard. Ce CISSS aura 32 000 employés qui desserviront 1,5 million de personnes²⁰. C'est gigantesque et fort probablement ingérable de manière cohérente. On ne pourra que très difficilement répondre aux besoins d'une population diversifiée vivant sur un territoire étendu qui est si peu naturel. Il n'est d'ailleurs pas rare que les décisions gouvernementales de déconcentration y posent problème. Par exemple, en 2003, lorsque les conseils régionaux de développement (CRD) ont été remplacés par les conférences régionales des élus (CRÉ), le gouvernement a créé trois CRÉ pour couvrir ce territoire au lieu d'une seule comme pour les autres régions administratives.

La perception de la population voulant que la réforme soit porteuse d'une administration juste et équitable des soins et des services est mise en danger par la taille des CISSS, ce qui entrainera une plus grande politisation du réseau. En effet, les décisions impopulaires des administrateurs seront jugées à l'aune de leur éloignement des populations locales qui se tourneront alors vers le ministre pour qu'il agisse comme arbitre.

¹⁸ ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (AQESSS), *Gouvernance du système de santé et de services sociaux – Les moyens de nos ambitions*, document de réflexion, septembre 2014, p. 6. [En ligne] [www.aqesss.qc.ca/docs/Gouvernance_Principes%20et%20grille%20d'analyse_VFINALEREV.pdf].

¹⁹ INSTITUT SUR LA GOUVERNANCE D'ORGANISATIONS PRIVÉES ET PUBLIQUES, *Faire mieux autrement – Propositions pour une gouvernance axée sur le patient*, rapport du Groupe de travail de l'IGOPP sur la gouvernance du réseau de la santé, 2014, p. 23 [En ligne] [igopp.org/faire-mieux-autrement-pour-une-nouvelle-gouvernance-du-reseau-de-la-sante-axee-sur-le-patient-2].

²⁰ CHARTRAND, Sarah-Ève, « Les syndicats s'opposent à la fusion des CSSS », *La Voix*, 17 octobre 2014, p. 14.

La disparition des réseaux locaux de services au profit de réseaux régionaux en inquiète plusieurs qui souhaitent protéger le réseau de l'hospitalocentrisme. Comment ne pas être « avalés » par les plus gros établissements que sont les hôpitaux? Comment ne pas être « noyé » par le poids de la population des plus grandes villes ou municipalités au sein de la région? Comment protéger des préoccupations locales dans un ensemble aussi grand?

De plus, en centralisant les comités professionnels au niveau régional, on risque de démobiliser les professionnels concernés. En effet, les territoires seront tellement grands que les déplacements pour assister aux réunions seront coûteux et le temps à y consacrer sera perçu comme un gaspillage inacceptable.

► Une implantation problématique

Tous les gestionnaires compétents savent que, pour implanter correctement une réforme d'envergure, il faut du temps et de l'argent. Pourtant, cette réforme, comme bien d'autres avant elle, est proposée dans un contexte de coupes substantielles, alors que se poursuivent aussi des révisions de programmes et de la fiscalité. Le ministre annonce également plusieurs autres changements comme des modifications substantielles au mode de financement des établissements ou la création, au début de l'hiver, de plusieurs supercliniques. Avec autant de coupes et de réformes simultanées, le réseau n'aura pas les moyens de ses ambitions, ce qui entravera sérieusement la réussite de l'implantation de la réforme.

Le succès de la gestion du changement dans toute organisation repose sur un ensemble de critères qui sont loin d'être réunis dans le présent cas : une réflexion en profondeur sur les rôles des gestionnaires ainsi que l'accès et le temps requis pour les formations complémentaires nécessaires pour les assumer adéquatement; des mécanismes internes de consultation auprès de tous les personnels ainsi que des formations qui visent à susciter l'adhésion de tous aux objectifs de la réforme; des mécanismes d'évaluation et de rétroaction pour vérifier l'adéquation de la réforme avec les objectifs fixés et y apporter des changements, si nécessaire.

1.4 Une centralisation porteuse d'un manque de démocratie

Ce projet de loi induit un renversement historique important. Alors que, depuis les années 1960, les réformes du réseau de la santé et des services sociaux s'inscrivaient dans un discours de décentralisation des pouvoirs vers les établissements, la présente réforme va en sens inverse : plus de pouvoir est clairement attribué au ministre; les CISSS sont des instances de régionalisation très contrôlées et encadrées par le ministre, et, même s'ils ont chacun leur conseil d'administration, on peut difficilement parler de décentralisation; enfin, les pouvoirs des niveaux sous-régional ou local disparaissent.

Le ministre affirme qu'avec l'abolition des agences, il fait disparaître un niveau administratif inutile et encombrant, décrié par plusieurs. Nous sommes nombreux à ne pas faire la même

lecture que le ministre. Ce qu'il fait disparaître comme niveau administratif, c'est le niveau local de proximité, là où les citoyens et les citoyennes reçoivent leurs services, ce qui explique le tollé contre sa réforme.

Nous pensons que le ministre sous-estime l'impact majeur qu'aura sur la population le sentiment de perte de contrôle sur les établissements de proximité. Quand les décisions sont prises à des centaines de kilomètres, l'adhésion est beaucoup plus difficile à obtenir!

La FTQ est en profond désaccord avec une orientation qui est porteuse d'un éloignement dans la compréhension des besoins de la population et d'un déracinement du personnel par une mobilité potentiellement trop grande et créatrice d'instabilité pour les bénéficiaires vulnérables.

En commission parlementaire, le ministre a reconnu que la prérogative que lui donne le projet de loi de désigner les dirigeants « pourrait entraîner une instabilité dans le réseau, advenant un changement de gouvernement dans quatre ans. Aussi a-t-il confirmé qu'une fois la structure mise en place, la loi sera modifiée pour diminuer l'influence du politique au sein du système²¹ ». Ce pouvoir absolu de nomination des directions et des membres des conseils d'administration serait donc éphémère, si on en croit le ministre, mais qu'en est-il des autres pouvoirs qui lui donnent une capacité étendue de configurer le réseau comme il l'entend sans consultation?

En effet, la réforme est très malsaine, en ce qu'elle évacue tous les « contre-pouvoirs » internes au sein du réseau de la santé et des services sociaux, comme les diverses associations d'établissements spécialisés ou non, ainsi que les comités professionnels ou d'usagers des établissements de proximité. On se prive de la participation active de centaines de citoyens et citoyennes engagés dans les CA de ces établissements. Bien sûr, toutes ces personnes peuvent avoir des opinions très différentes de celles du ministre, mais elles ont l'avantage d'apporter un éclairage du terrain moins anecdotique que les connaissances d'une seule personne, même s'il s'agit d'un ministre, ou de fonctionnaires éloignés du terrain. Qui plus est, la population, qui est la première concernée par l'atteinte des résultats d'une éventuelle amélioration des services, n'est pas là pour participer aux bilans et à la définition des solutions. Car ce qui devrait importer, ce serait que la réforme soit porteuse d'améliorations concrètes des services et des réponses aux besoins de la population.

²¹ ST-HILAIRE, Marc, « "Un effort de régionalisation", corrige Barrette », *Le Quotidien*, 17 octobre 2014, p. 3. QUÉBEC, « Réforme du système de santé – Les nouveaux pouvoirs que se donnent le ministre : "fonctionnels et non politiques" », *Le Courrier parlementaire*, 22 octobre 2014.

La FTQ recommande

Depuis les années 1970, toutes les propositions de réforme se sont appuyées sur la nécessité de créer une première ligne efficace, permettant d'atteindre des objectifs d'accessibilité et de continuité des soins et des services. À chaque nouvelle réforme structurelle, on nous a affirmé que la précédente n'avait pas permis de réaliser ces objectifs, généralement sans en faire un bilan clair, mais que celle proposée y arrivera assurément. Dans ce contexte, il est normal que nous fassions preuve d'un grand scepticisme face aux réalisations qui pourront être atteintes par le présent projet de loi.

Les conséquences négatives étant largement plus grandes que d'éventuels bénéfices non démontrés, la FTQ demande que le ministre retire son projet de loi.

Le gouvernement ayant annoncé de nombreux autres changements, la FTQ demande que ceux-ci ne puissent entrer en vigueur avant le dépôt d'un livre blanc sur une réforme globale qui devrait être accompagnée d'études sérieuses sur les effets des différentes propositions.

PARTIE 2 – UNE PLUS GRANDE OUVERTURE AU PRIVÉ

Il est tout à fait légitime de se demander si la réforme proposée par le projet de loi n° 10 n'a pas pour objectif d'induire ou de faciliter des décisions qui, par ailleurs, nous semblent inacceptables : des limites ou des coupes supplémentaires dans le panier de services du secteur public comme c'est déjà le cas, par exemple, pour les soins dentaires ou de la vue, pour la physiothérapie, pour l'accès aux psychologues; plus de privatisation par la sous-traitance, les partenariats publics-privés (PPP) ou la création de supercliniques; plus de tarification. C'est d'ailleurs ce que la Fédération des chambres de commerce du Québec (FCCQ) voit dans le projet de loi n° 10 : une « occasion d'inviter davantage d'entrepreneurs à siéger aux conseils d'administration, insufflant ainsi davantage d'entrepreneuriat dans la gestion » et une « manière pragmatique et sereine [d'envisager] des alliances avec le secteur privé²² ».

La FTQ croit que la privatisation, sous toutes ses formes, qu'elle concerne un établissement complet ou une partie des services, est une pratique risquée. Elle est difficile à renverser, nuit à la transparence, induit une instabilité dans la dispensation des services, lésant du coup les personnes en ayant besoin, celles qui les dispensent ainsi que le réseau de santé et de services sociaux en général. La FTQ croit qu'une administration à but lucratif se traduit par une diminution numérique du personnel, un appauvrissement de la qualité des soins et des services ainsi qu'une augmentation des coûts pour la société en général, mais aussi pour les usagers et les usagères, par un emploi plus étendu de la tarification.

Notre inquiétude est d'autant plus grande que la réforme proposée par le projet de loi n° 10 s'inscrit dans un contexte très inquiétant de recherche d'économies substantielles. En effet, dans la poursuite de l'équilibre budgétaire et dans une volonté de rembourser la dette, des cibles de réduction des coûts ont déjà été identifiées pour chacune des composantes du réseau. Un objectif global de 650 millions de dollars d'économies pour l'ensemble du budget québécois de l'année 2015-2016 devrait découler des travaux de la Commission d'examen sur la fiscalité québécoise, et un autre objectif de 3,2 milliards de dollars a été fixé à la Commission de révision permanente des programmes.

Des solutions plus prometteuses existent au sein même du réseau, mais elles ne semblent même pas faire partie du plan d'action gouvernemental. C'est le cas, par exemple, de la mise sur pied d'une politique d'assurance médicaments qui inclut la création d'un régime public et universel, mais aussi différentes mesures visant à encadrer le rapport avec les entreprises pharmaceutiques²³.

²² DAOUST-BOISVERT, Amélie, « La réforme de la santé, une porte ouverte au privé? », *Le Devoir*, 25 octobre 2014, p. A4.

²³ Le chercheur Marc-André Gagnon, professeur de l'École d'administration publique et de politique gouvernementale de l'Université Carleton à Ottawa, a établi les conditions d'une politique rationnelle d'assurance médicaments au Canada : un régime public d'assurance médicaments organisé sur une base nationale, provinciale ou régionale; un formulaire national; un pôle public d'achat groupé pour les médicaments brevetés et génériques; l'évaluation de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments pour assurer un usage approprié. Il propose aussi d'éliminer les quotes-parts fixes et de mettre fin aux

Nous croyons aussi que des analyses plus approfondies des coûts associés à l'organisation de la pratique médicale, au financement à l'activité des établissements ainsi qu'à la sous-traitance et aux partenariats publics-privés (PPP) permettraient de dégager des économies assez substantielles.

2.1 L'organisation de la pratique médicale

Le projet de loi n° 10 est silencieux sur la pratique médicale. Pourtant, des changements y sont essentiels si l'on veut atteindre les objectifs poursuivis par le projet de loi ou diminuer des coûts dans le réseau. Cela a d'ailleurs été une préoccupation de toutes les commissions d'étude ayant porté sur le réseau, de la Commission Castonguay-Nepveu (1967-1972) à la Commission Clair (2001) en passant par la Commission Rochon (1987)²⁴. La pratique médicale est en effet une des composantes privées parmi les plus importantes et les plus coûteuses du réseau de la santé et des services sociaux. Pourtant, la pratique des médecins ne semble pas être d'un intérêt marqué pour le ministre. La FTQ croit, au contraire, que les énergies du ministre auraient dû y être consacrées plutôt que de les perdre dans une énième réforme de structure dont personne ne veut, y compris les médecins.

► Non à la valorisation de la médecine entrepreneuriale

Au début des années 1970, alors que le gouvernement voulait implanter de profonds changements dans la pratique médicale, il a fait face à une si forte opposition que le modèle d'une médecine entrepreneuriale s'est maintenu malgré la création des centres locaux de services communautaires (CLSC). Ce modèle s'est même développé encore plus ces dernières années avec la création des groupes de médecine familiale (GMF) et des cliniques spécialisées.

Qui d'autre qu'une association de médecins, Médecins québécois pour un régime public (MQRP), peut saisir le mieux les enjeux des « modèles d'affaires » de la médecine entrepreneuriale. Selon ce regroupement d'environ 500 médecins qui posent un regard critique sur la privatisation de la médecine, « le Projet de loi n° 10 ouvre la porte à la sous-traitance en laissant tous les pouvoirs au ministre de conclure des ententes de services avec les dispensateurs de soins privés²⁵ ».

généreuses subventions à caractère fiscal offertes aux compagnies privées d'assurance. Selon ses estimations, au Québec, on pourrait économiser de 11 % à 45 % des dépenses en médicaments prescrits, soit de 828 millions (M\$) à 3,345 milliards de dollars (G\$), dans ce dernier cas en abrogeant aussi des politiques industrielles pour favoriser des achats compétitifs. Source : GAGNON, Marc-André, *Vers une politique rationnelle d'assurance-médicaments au Canada*, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, 2014, 84 p. [En ligne] [fcsii.ca/sites/default/files/pharmacare_report_french.pdf].

²⁴ GOSSELIN, Roger, « À petits pas... de la Commission Castonguay-Nepveu à la Commission Rochon », *Ruptures*, revue transdisciplinaire en santé, 2001, vol. 8, n° 1, p. 78-87. DUPLANTIE, Jean-Pierre, « À petits pas... de la Commission Rochon à la Commission Clair », *ibid.*, p. 88-97.

²⁵ LEBLANC, Isabelle (Dre), et GOULET, Marie-Claude (Dre), *Réforme Barette : la dérive autoritaire*, lettre ouverte, Médecins québécois pour le régime public, 19 octobre 2014 [En ligne] [www.mqrp.qc.ca/lettreouvertereformebarrettemqrp.pdf].

« Le système de santé a longtemps gravité autour du médecin œuvrant en solo dans son cabinet. Il s'est ouvert ensuite à un autre type de structure où les médecins étaient des travailleurs parmi d'autres dans les centres locaux de services communautaires (CLSC). Or, depuis une vingtaine d'années, on voit les nouvelles structures se recentrer autour du médecin qui devient gestionnaire, administrateur, homme ou femme d'affaires et même ministre. L'attitude entrepreneuriale de certains médecins est dorénavant encouragée par l'incorporation, à la base une mesure fiscale par laquelle le médecin devient une entreprise à lui seul, et par la recherche de maximisation du revenu comme élément central du discours des Fédérations.

« Le modèle contractuel du groupe de médecine familiale (GMF) et des autres structures confirme aussi le rôle du médecin comme entrepreneur [...] Ce modèle entrepreneurial favorise le développement d'une vision marchande de la santé de même que la recherche de profits, une notion bien différente de celle de la rémunération. On voit donc apparaître de nouvelles structures médicales à but lucratif. Par exemple, des médecins participants proposent des services de forfaits "VIP" avec bilans de santé payés très cher. Également, on note une augmentation des médecins omnipraticiens non participants et le développement d'un réseau de cliniques privé*. [...] »

« Dans les modèles à prestation privée comme les cabinets de médecins, où les coûts de fonctionnement sont assumés principalement par les médecins, on voit proliférer les pratiques de facturation de frais accessoires illégaux et abusifs aux patients, manière détournée de couvrir les coûts de fonctionnement ou de dégager une marge supplémentaire de profit²⁶. »

* De 13 en 1988, le nombre d'omnipraticiens non participants est passé à 43 en 2005, 123 en 2010 et 201 en 2014. Source : RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, *Liste des professionnels de la santé non participants ou désengagés*, données en date du 16 octobre 2014.

Il est assez affolant de constater que ce modèle pourra se développer encore plus allègrement avec la création des supercliniques annoncées pour l'hiver prochain, ainsi qu'avec la poursuite de pratiques de rémunération qui limitent les capacités d'amélioration du réseau.

► **Oui à la révision des modes de rémunération directe et indirecte**

Il nous semble essentiel et urgent que le gouvernement procède à une analyse en profondeur de tout ce qui concerne la rémunération directe et indirecte des médecins, puisqu'elle constitue une des dépenses les plus importantes du réseau.

²⁶ MÉDECINS QUÉBÉCOIS POUR LE RÉGIME PUBLIC, *Tracer la ligne entre public et privé – Les impacts de la nouvelle gestion publique sur l'évolution de la première ligne au Québec*, rapport du CA à l'assemblée générale des membres, 21 mai 2014, p.14-15. Les soulignés sont les nôtres.

De nombreuses critiques ont été faites, au fil des ans, par des commissions d'étude, des universitaires et des intervenants dans le réseau, sur le fait que le paiement à l'acte n'est pas une manière efficace de rémunérer les médecins. La rémunération a aussi été utilisée, de manière incitative ou non incitative, pour tenter de répondre à différents problèmes, comme la répartition territoriale des médecins ou, plus récemment, la prise en charge des patients. La saga des compensations reçues par le ministre Bolduc pour une prise en charge plutôt partielle de nouveaux patients a cependant mis en lumière la nécessité d'une évaluation de cette mesure en particulier, mais aussi l'importance de développer une meilleure compréhension de l'ensemble de la rémunération des médecins. Cette rémunération comporte en effet de nombreuses composantes autres que la rémunération, comme les compensations pour des frais de gestion, les sommes perçues par les médecins auprès de leurs patients ainsi que les avantages fiscalisés, sans compter les prêts de personnel dont il faudrait évaluer l'effet sur les revenus globaux des médecins-entrepreneurs.

Il faut espérer que, lors des négociations de 2015 avec les médecins, le gouvernement abordera de front leur rémunération globale, dans toutes ses composantes. Pour bien préparer cette négociation, la FTQ demande qu'une analyse en profondeur soit faite et serve de base à une renégociation des conditions de rémunération des médecins. Elle devrait aussi être rendue publique. Loin de nous l'idée de proposer que qui que ce soit s'immisce dans le processus de négociation entre le gouvernement et les médecins, mais il serait normal que la population soit mieux informée des tenants et aboutissants de la rémunération des médecins, comme elle l'est très régulièrement lorsque les autres personnels du réseau négocient leurs propres conditions de rémunération.

► **Oui à la lutte contre la non-pertinence de certains actes médicaux ou le surdiagnostic**

Selon l'Association médicale du Québec, l'amélioration de la pratique clinique est au cœur des préoccupations de plusieurs systèmes de santé dans le monde, par exemple en Australie, en Angleterre, aux États-Unis, mais aussi au Canada et au Québec. Le surdiagnostic et d'autres problèmes sous-jacents, tels que la surmédicalisation, la surdéttection, l'obsession diagnostique et le surtraitement ont des effets importants sur la qualité et sur l'accessibilité des soins de santé, et entraînent des coûts importants.

« Le surdiagnostic a pris des proportions épidémiques, constatent les spécialistes. Il a englouti entre 158 et 226 milliards de dollars aux États-Unis, selon une étude publiée dans le *Journal of the American Medical Association*. "Au Québec, cela pourrait correspondre à cinq milliards de dollars dépensés chaque année pour des examens et des traitements qui n'apportent rien", estime le Dr Laurent Marcoux, président de l'Association médicale du Québec (AMQ) qui regroupe 10 000 médecins²⁷. »

²⁷ BORDE, Valérie, « Halte au surdiagnostic! », *L'Actualité*, 1^{er} septembre 2014, vol. 39, n^o 12, p. 28-33.

L'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) s'est jointe à l'AMQ pour poursuivre le travail dans ce dossier, dans une version québécoise d'une campagne de sensibilisation canadienne : *Choisir avec soin*²⁸. Lors de la présentation du mémoire de l'AMQ en commission parlementaire, le président Dr Laurent Marcoux a d'ailleurs interpellé le ministre en regrettant qu'il ne se soit pas joint au projet. « C'est pour ça qu'on a fait appel à vous pour lancer notre projet de *Choisir avec soin* et de contrer le surdiagnostic. Malgré les faibles moyens qu'on a, on aurait bien aimé avoir le leadership du gouvernement là-dedans. » C'est du bout des lèvres que le ministre a manifesté un intérêt. « Faites-vous-en pas, ça fait partie du plan²⁹ ». Il nous semble que le ministre aurait dû et devrait être beaucoup plus proactif en cette matière.

2.2 Prudence dans l'adoption de nouveaux modes de financement des établissements

Le projet de loi prévoit un financement des établissements par programme-service en interdisant aux établissements de permuter les sommes dédiées à l'un vers l'autre (art. 55). Peut-on vraiment penser qu'un tel fonctionnement pourra être mis en place à très court terme, pour avril 2015? Nous doutons qu'il soit possible de le faire sans procéder à une redéfinition de la gestion financière des CISSS et des établissements de proximité, en consultation avec les personnes qui, dans tout le réseau, travaillent à la gestion financière des établissements actuels. Il faut aussi que le ministre convienne que le délai qu'il veut imposer est totalement irréaliste.

D'autant plus que le ministre a aussi annoncé l'implantation rapide du financement à l'activité. Est-ce que ce mode de financement sera parallèle à celui des programmes-service ou s'appliquera-t-il à certains programmes et pas à d'autres? Les informations fournies par le ministre sont si vagues qu'il est impossible de répondre à ces questions ou de cerner le processus d'implantation de ce mode de financement.

Le financement à l'activité est une méthode selon laquelle les budgets sont alloués en fonction des cas traités, en tenant compte du type de procédure et du volume des services fournis. C'est un système exigeant davantage de ressources administratives et nécessitant une banque d'informations sûres, détaillées et ventilées (ce qui n'existe pas encore), et un codage rigoureux

²⁸ « *Choisir avec soin* est une campagne visant à aider les médecins et les patients à amorcer la conversation au sujet de l'utilisation excessive de tests, de traitements et d'interventions, et à appuyer les efforts que font les médecins pour aider leurs patients à faire des choix intelligents et efficaces afin d'assurer la prestation de soins de grande qualité. » Source : [www.amq.ca/fr/en-action/item/573]. « Les associations de médecins spécialistes qui participent à la campagne ont déjà conçu ou élaborent actuellement les listes des cinq actions que les médecins et les patients devraient remettre en question. Ces listes contiennent les examens, traitements et procédures couramment utilisés dans leur spécialité, mais qui ne sont pas appuyés par des preuves de leur nécessité et qui pourraient exposer les patients à des préjudices inutiles. Sur la page d'accueil du site de *Choisir avec soin*, on trouve par exemple une recommandation spécifique : « Les somnifères ne sont pas indiqués pour les personnes âgées, selon *Choisir avec soin* ». Source : [www.choisiravecsoin.org] (Consulté le 6 novembre 2014).

²⁹ QUÉBEC, *Journal des débats de la Commission de la santé et des services sociaux*, 41^e législature, 1^{re} session (début : 20 mai 2014), jeudi 23 octobre 2014, 11 h 30, vol. 44 n° 10 [En ligne] [www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/csss-41-1/journal-debats/CSSS-141023.html#12h] (Version préliminaire) (Consulté le 6 novembre 2014).

des activités et des coûts. Alors qu'il s'agit d'un mode de financement qui a surtout été utilisé dans le système hospitalier, il est difficile d'imaginer qu'on puisse l'introduire pour le financement global des CISSS, ces centres regroupant des missions qu'il nous apparaît impossible de codifier sans dénaturer complètement les services à la population.

Nous demandons expressément au ministre de ne pas procéder à toute vapeur, comme le lui recommande d'ailleurs le Groupe d'experts pour un financement axé sur le patient, créé par le précédent gouvernement libéral en mars 2012, dont le rapport a été déposé en février dernier. Le mandat de ce groupe de travail n'était pas d'analyser les pour et les contre du financement à l'activité, mais bien « de préparer l'implantation graduelle d'un financement axé sur les patients³⁰ ». Leurs recommandations sont que le gouvernement développe une approche pragmatique, étalée sur une période de trois à cinq ans, dans trois directions prioritaires : l'accès aux services chirurgicaux en élargissant le programme existant; le déploiement national du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal en y intégrant un financement selon les meilleures pratiques; et la prise en charge des maladies chroniques par la création de consortiums de soins, ainsi que l'élaboration et l'introduction d'incitatifs financiers favorisant l'intégration des soins. On est loin d'un financement à l'activité pur et dur, ou mur à mur!

La FTQ a déposé un avis au Groupe d'experts, en 2013, le mettant en garde contre les effets pervers du financement à l'activité. À la même période, de nombreux chercheurs ont critiqué cette approche, que ce soit des chercheurs du Québec³¹ ou de la Colombie-Britannique³². Cette dernière étude conclut, entre autres, que :

1. « Le FPA³³ ne s'attaque pas aux causes réelles des problèmes du système hospitalier.
2. « Les gains en termes d'efficacité sont incertains. Par contre, les coûts administratifs augmentent ainsi que la bureaucratie pour gérer, entre autres, le phénomène du *gaming* (ou les jeux avec les données) et du *up-coding* (surclassement de certains actes).
3. « Le FPA encourage le "sur-traitement" de certaines populations à faible risque au détriment des patients à risque plus élevé, moins prévisibles, qui sont sous-traités.
4. « L'augmentation des chirurgies d'un jour peut avoir des conséquences négatives. Elle ouvre la porte aux cliniques privées de chirurgie d'un jour à but lucratif.
5. « Le FPA contribue à créer un marché pour les services hospitaliers, marché interne et potentiellement en concurrence avec le secteur privé³⁴. »

³⁰ GROUPE D'EXPERTS POUR UN FINANCEMENT AXÉ SUR LES PATIENTS, *Pour que l'argent suive le patient – L'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé*, 2014, 192 p. On y trouve un sommaire (p.1-9). Trois documents techniques ont aussi été déposés pour soutenir les trois directions prioritaires suggérées. On trouve tous les documents à l'adresse suivante :

[www.santefinancementactivite.gouv.qc.ca/travaux/rapports-et-recommandations]

³¹ HÉBERT, Guillaume, *Le financement à l'activité peut-il résoudre les problèmes du système de santé?*, note socio-économique, juin 2012, 6 p. [En ligne] [www.iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2012/06/Note-FAA-web.pdf].

³² COHEN, Marcy, et al., « Beyond the Hospital Walls, Activity Based Funding Versus Integrated Health Care Reform », *Canadian Centre for Policy Alternatives*, janvier 2012, 48 p. [En ligne] [www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/BC%20Office/2012/01/CCPA-BC_ABF_2012.pdf].

³³ Financement par activités (FPA).

Le mois dernier, une importante étude internationale conduite par des chercheurs de différents pays a été publiée. Cette étude exhaustive porte sur l'impact du financement à l'activité des hôpitaux sur six variables : la mortalité, la réadmission, le transfert vers d'autres ressources au moment du départ de l'hôpital, la gravité de la maladie et le volume de soins. Elle fait la revue de 50 études portant sur les États-Unis et de 15 études sur 9 autres pays : Australie, Autriche, Angleterre, Allemagne, Israël, Italie, Écosse, Suède et Suisse. La principale conclusion indique que le financement à l'activité conduit à une augmentation des besoins dans les services suivant les épisodes de soins aigus, et que l'impact sur les autres variables est incertain. Selon les chercheurs, si les décideurs politiques adoptent le financement à l'activité, ils font alors un acte de foi³⁵.

Ces résultats sont inquiétants pour le Québec. Des énergies considérables seront consacrées à mettre sur pied un système dont l'efficacité n'est pas démontrée, alors que les coûts administratifs augmenteront de manière importante. Plus encore, on peut craindre pour la qualité du soutien aux patients qui sortiront trop tôt de l'hôpital, le soutien à domicile n'arrivant déjà pas à répondre à la demande. Devant une augmentation de la demande pour les personnes sortant des soins aigus, on peut craindre que ce soit les personnes âgées qui écopent, les services nécessaires leur étant encore plus rationnés.

Il n'est pas question pour nous de faire un acte de foi peut-être dommageable pour un réseau qui a plutôt besoin de solutions porteuses de bénéfices réels. La FTQ demande donc au gouvernement de ne pas implanter un tel mode de financement sans effectuer d'abord des consultations internes, mais aussi des consultations publiques qui permettront à la population de mieux connaître les effets positifs et négatifs de ce mode de financement. Nous espérons que ce n'est pas à ce type de mesures que pensait le ministre lorsqu'il propose de procéder par règlements, sans que ceux-ci soient publiés au préalable dans la *Gazette officielle*.

2.3 Non à la sous-traitance comme mode de livraison des services

Les études se multiplient pour démontrer que la sous-traitance n'est pas souvent une solution très avantageuse en termes de coût ou de qualité des services. C'était déjà le cas il y a plus de 25 ans.

« L'Hôpital La Providence situé à Magog a privatisé son service alimentaire en 1987. En 1990, l'établissement reprenait le contrôle de ce service à cause du coût trop élevé comparativement au coût avant la privatisation. Durant la période où le service

³⁴ KHADIR, Saïdeh (Dre), et DAGENAIS, Lucie, « Commentaire : le financement par activités (FPA) », *L'actualité médicale*, 10 octobre 2012 [En ligne] [www.mqrp.qc.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=107:commentaire-le-financement-des-hopitaux-par-activites-fpa&catid=35:systeme-de-sante-quelle-erreur-fondamentale-&Itemid=56].

³⁵ « [...] changing to an ABF [(Activity-based funding)] system represents a leap of faith. » Source : PALMER, Karen S., et al., « Activity-Based Funding of Hospitals and Its Impact on Mortality, Readmission, Discharge Destination, Severity of Illness, and Volume of Care: A Systematic Review and Meta-Analysis », *PLoS ONE*, octobre 2014. 14 p. [En ligne] [www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0109975].

alimentaire était sous contrôle privé (sic), le coût par repas des achats et fournitures a augmenté de 30,5 % par année alors que l'indice des prix à la consommation (IPC) n'augmentait que de 4,3 % par année. Après avoir récupéré cette activité, ces coûts ont pu être réduits de 57 % en deux ans alors que l'inflation atteignait 5,8 % par année³⁶. »

Nous croyons que ce l'est encore aujourd'hui, comme le démontre une recherche plus récente de l'IRIS qui s'est notamment intéressé à la sous-traitance de l'hébergement des personnes âgées dans les ressources intermédiaires. Les principales conclusions de l'étude sont les suivantes : la sous-traitance n'est pas une garantie contre les dépassements de coûts ni pour une meilleure qualité ou efficacité. Au contraire, elle entraîne inévitablement une perte d'expertise, le danger étant que le gouvernement devienne carrément dépendant face à ses sous-traitants. Elle rend généralement les activités du gouvernement moins transparentes, parce que la protection de la concurrence et des intérêts commerciaux devient alors plus importante que le droit du public à l'information³⁷.

Tout récemment, le 28 octobre dernier, le ministre Leitão a indiqué que le gouvernement a l'intention de sous-traiter des services publics à des organismes communautaires, ce « qui pourrait s'avérer plus flexible et moins coûteux pour l'État », « la livraison des services [étant] "secondaire" puisque c'est leur accessibilité qui compte pour les citoyens³⁸ ». Nous nous insurgons contre cette déclaration. Pour la population, ce qui compte, c'est l'accès à des services de qualité. C'est donc dire que la livraison des services est loin d'être « secondaire », puisque c'est elle qui est garante de la qualité des services.

Le ministre a identifié le secteur de la santé et des services sociaux comme un secteur potentiellement ouvert à une telle sous-traitance³⁹ au milieu communautaire⁴⁰. Nous croyons que ce sont les services à domicile qui sont ainsi visés, comme le proposait déjà le précédent gouvernement péquiste en 2013 avec un livre blanc sur la création d'une assurance autonomie. La FTQ avait alors présenté une position ferme contre la privatisation de ces services⁴¹. D'autant

³⁶ PETIT, Martin, *Privatisation et sous-traitance – Seconde édition*, Institut de recherche et d'informations socio-économiques, janvier 2005, p. 39.

³⁷ HÉBERT, Guillaume, et Simon TREMBLAY-PEPIN, *La sous-traitance dans le secteur public : coûts et conséquences*, rapport de recherche, Institut de recherche et d'informations socio-économiques, juin 2013, 61 p.

³⁸ ARSENAULT, Julien, « L'État ne peut tout faire », conférence du ministre québécois des Finances, Carlos Leitão, *La Presse Affaires*, 28 octobre 2014, p. 4.

³⁹ « Au cours d'un bref point de presse, [le ministre Leitão] a suggéré que certains groupes communautaires pourraient par exemple prendre le relais de certains services actuellement dispensés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. » Source : ARSENAULT, Julien, « Ce n'est pas juste à l'État québécois de livrer les services, dit Leitão », *Le Nouvelliste*, 28 octobre 2014, p. 48.

⁴⁰ Le milieu communautaire a réagi avec virulence à cette annonce du ministre. « Ce n'est pas la mission des organismes communautaires que d'offrir des services publics et des programmes sociaux, c'est celle de l'État. » Source : TABLE DES REGROUPEMENTS PROVINCIAUX D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET BÉNÉVOLES (TRPOCB), « Indignation dans le mouvement communautaire – Nous ne sommes pas des prestataires de services à bas prix pour l'État! », *Canada NewsWire (CNW) Telbec*, 28 octobre 2014.

⁴¹ FTQ, *Mémoire de la FTQ sur le livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*, présenté à la Commission sur la santé et les services sociaux, novembre 2013, 22 p. [En ligne] [www.ftq.qc.ca/librairies/sfv/telecharger.php?fichier=8976].

plus qu'au printemps 2013, le Vérificateur général avait posé un jugement sévère sur la capacité du secteur public de bien vérifier la qualité des services offerts dans le secteur privé.

« Les mesures en place pour apprécier la qualité des services à domicile ne permettent pas au ministère, aux agences et aux établissements d'effectuer un contrôle suffisant de cette qualité. [...]

« Notons que peu de mesures de contrôle visent la qualité des services rendus par les partenaires externes. Bien que les CSSS soient responsables d'assurer la qualité de ces services selon la politique de soutien à domicile, seules quelques mesures sont prévues pour évaluer ceux offerts par les entreprises d'économie sociale. Pourtant, dans le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord et celui du sud de Lanaudière, il s'agit du principal mode de prestation des services à domicile, soit 56 et 72 % de toutes les heures de services effectuées. D'autre part, les CSSS n'exercent aucun contrôle sur les services rendus par les employés engagés de gré à gré. En fait, ils sont dégagés de toute responsabilité légale puisque ces employés ne sont pas soumis à leur autorité. C'est la personne âgée qui est considérée comme un employeur : elle sélectionne l'employé et s'assure de la qualité des services qu'il rend⁴². »

En quoi cela sera-t-il différent dans les nouveaux CISSS, surtout que l'objectif de couper dans la bureaucratie aura plutôt pour effet de limiter le nombre de personnes pouvant faire de tels contrôles de qualité? C'est ainsi que l'accès à des services de qualité est mis en danger.

2.4 Bref retour sur les PPP

La FTQ souhaite que le mode PPP soit abandonné dans les services publics, particulièrement dans le secteur de la santé et des services sociaux. Cela fait plus de deux décennies que nous dénonçons ce mode de réalisation d'infrastructures publiques, les expériences d'ailleurs et d'ici se révélant de plus en plus désastreuses. Le ministre péquiste Réjean Hébert a annoncé, à l'automne 2013, que le gouvernement n'irait plus de l'avant avec des projets de PPP en santé.

Mais qu'en est-il du gouvernement libéral revenu au pouvoir? C'est en effet un gouvernement libéral précédent qui a imposé des projets PPP, notamment pour les deux hôpitaux universitaires de Montréal⁴³. En 2009, le Vérificateur général avait pourtant déposé un rapport dont les résultats

⁴² VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2013-2014 – Vérification de l'optimisation des ressources, Chapitre 4, Personnes âgées en perte d'autonomie, Services à domicile*, printemps 2013, p. 32-33, [En ligne] [www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2013-2014-VOR-Printemps/fr_Rapport2013-2014-VOR-Chap04.pdf].

⁴³ Un projet similaire devait avoir lieu pour le Centre hospitalier universitaire de Québec, mais la direction de l'hôpital et le syndicat SCFP ont lutté pour qu'il n'en soit pas ainsi. Source : SCFP, *Recommandations visant à enrayer la corruption et la collusion dans les secteurs municipal, universitaire et de l'administration québécoise*, mémoire présenté dans le cadre des consultations publiques de la Commission d'enquête sur

étaient dévastateurs. Ce rapport critiquait sévèrement la méthode utilisée et l'attitude des firmes d'experts-comptables qui auraient dû agir comme des experts indépendants pour les analyses comparatives, mais qui l'ont plutôt fait avec complaisance, en se collant à la manière de voir de l'Agence des partenariats public-privé du Québec, l'organisme qui avait aussi le mandat de faire la promotion de ce modèle⁴⁴. Malgré les critiques, le gouvernement d'alors a décidé de maintenir le mode PPP pour les hôpitaux universitaires⁴⁵ et de signer d'autres contrats en PPP pour des CHSLD, des contrats fort désavantageux⁴⁶.

Le principal argument des personnes et des organismes qui font encore la promotion des PPP est que l'État n'a plus les moyens d'assurer le financement de nouvelles infrastructures et que le modèle PPP permet de construire et d'opérer des établissements de santé sans que l'État ne s'endette. Il s'agit cependant d'un argument fallacieux, puisque cela implique des pratiques comptables hors bilan qui ont été dénoncées à plusieurs reprises par des comptables et des vérificateurs généraux⁴⁷.

Plus récemment, la Coalition pour des CHU sans PPP a dénoncé les dépassements de coûts, mais aussi le potentiel permanent de fraude, d'abus de fonds publics, de corruption et de collusion qui subsistera pour les trente prochaines années, alors que l'entretien et la maintenance de ces hôpitaux continueront d'être confiés à ces consortiums privés. La Coalition souhaite au moins plus de transparence et que les contrats deviennent publics. Idéalement, il faudrait que le gouvernement puisse mettre fin aux contrats, voire même qu'il les fasse annuler rétroactivement, en essayant d'éviter de payer les pénalités qui y sont prévues⁴⁸.

Une étude de l'IRIS, rendue publique à la fin d'octobre, suggère que le rachat des contrats en PPP pourrait permettre d'économiser plusieurs centaines de millions de dollars (avec des hypothèses conservatrices) et jusqu'à 4 milliards de dollars (avec des hypothèses très réalistes). C'est à partir

l'octroi et la gestion des contrats publics dans l'industrie de la construction, 11 juillet 2014, p. 22. [En ligne] [www.scfp.qc.ca/librairies/sfv/telecharger.php?fichier=20421].

⁴⁴ DUTRISAC, Robert, « Centres hospitaliers universitaires – L'Agence des PPP a faussé les analyses », *Le Devoir*, 19 novembre 2009.

⁴⁵ DUTRISAC, Robert, et Kathleen LÉVESQUE, « CHUM et CUSM : Québec fonce avec les PPP », *Le Devoir*, 20 novembre 2009.

⁴⁶ LACOURSIÈRE, Ariane, « CHSLD en PPP : des contrats désavantageux pour le public », *La Presse*, 29 novembre 2013.

⁴⁷ Ce n'est qu'en apparence que l'État ne s'endette pas puisque les organismes publics, les États et les municipalités peuvent obtenir du financement à un taux d'intérêt inférieur à celui des entreprises privées. Comme le financement privé coûte plus cher, la somme des paiements annuels versés par un organisme public au partenaire privé est inévitablement supérieure à la somme qu'il aurait payée s'il avait lui-même contracté l'emprunt. Par exemple, le consortium Accès Recherche Montréal LP, partenaire privé du PPP pour le Centre de recherche du CHUM de Montréal, paiera un taux d'intérêt de 7,067 % alors que le public aurait pu obtenir un taux d'intérêt de 4,762 %. En ayant recours à une sorte d'emprunt hors bilan, le gouvernement n'évite qu'en apparence une augmentation de sa dette, puisque dans les faits, les dépenses réelles existent. Source : DOMINION BOND RATING SERVICE, *Accès Recherche Montréal LP*, 26 mai 2010, 16 p.

⁴⁸ COALITION POUR DES CHU SANS PPP, *Les CHUM, CUSM et CRCHUM en mode PPP – Pourquoi une enquête de la CEIC est nécessaire*, mémoire présenté à la Commission d'enquête sur l'octroi et la gestion des contrats publics dans l'industrie de la construction, juillet 2014, 16 p.

des expériences de rachat qui ont eu lieu en Angleterre et en France que les calculs ont été faits, le gouvernement québécois ayant refusé de divulguer les données nécessaires à un calcul plus précis, malgré des demandes répétées d'accès à l'information⁴⁹. Est-ce parce que le gouvernement n'ose pas avouer avoir signé une clause empêchant la résiliation des ententes à moins de payer l'intégralité des profits anticipés sur la durée du contrat, comme ce fut le cas pour un hôpital britannique⁵⁰? Comme l'IRIS, nous réclamons que le gouvernement fasse preuve de transparence, surtout qu'il s'apprête à faire des coupes substantielles dans d'autres programmes, alors qu'il serait possible de faire des économies importantes en reprenant le contrôle des établissements en PPP.

La FTQ recommande

La FTQ demande au gouvernement de mettre un terme aux mesures qui encouragent la marchandisation de la santé et des services sociaux et l'esprit entrepreneurial des médecins.

Dans ce contexte, la FTQ demande la réalisation d'une étude exhaustive sur les revenus globaux des médecins, en incluant tous les avantages fiscaux et les pratiques de tarification. Cette étude doit être rendue publique et servir de base à la négociation prévue en 2015.

La FTQ demande au gouvernement de ne pas implanter le mode de financement à l'activité sans effectuer d'abord des consultations internes, mais aussi des consultations publiques qui permettront à la population de mieux connaître les effets positifs et négatifs de ce mode de financement.

⁴⁹ INSTITUT DE RECHERCHE ET D'INFORMATIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES, *Devrait-on racheter les PPP du CHUM et du CUSM?*, note socio-économique, octobre 2014, 12 p.

⁵⁰ Le cas du Norfolk and Norwich University Hospital a été documenté par l'économiste britannique Chris Edwards en 2009. Sept ans après l'entrée en vigueur de ce PPP de 35 ans, le partenariat a fait l'objet d'une évaluation publique. Au moment de la construction, le partenaire privé avait investi 318 M\$ pour ériger le nouvel édifice. En sept ans seulement, le public avait déjà versé 402 M\$ de loyer. À ce rythme, à la fin du contrat, le partenaire privé aurait obtenu l'équivalent d'un milliard de dollars du secteur public pour un hôpital qui lui avait coûté 318M\$ à construire. Il devenait plus avantageux pour le public de payer la pénalité de 603M\$ et de récupérer la gestion de l'hôpital pour les 28 années restantes du partenariat. Il y avait un mais! Après avoir rendu publique sa proposition de rachat, Edwards a été avisé par des fonctionnaires britanniques que sa proposition ne pouvait être appliquée puisqu'une clause additionnelle avait été introduite dans le contrat en PPP. Cette clause, aussi incroyable que cela puisse paraître, prévoyait carrément le versement au partenaire privé de l'intégralité des profits anticipés sur 35 ans advenant la fin du partenariat ! Difficile de ne pas y voir une dilapidation de fonds publics. Source : HÉBERT, Guillaume, *Les PPP : Comme acheter une maison avec une carte de crédit*, 30 octobre 2014 [En ligne] [iris-recherche.qc.ca/blogue/les-ppp-comme-acheter-une-maison-avec-une-carte-de-credit?utm_source=Liste+de+diffusion+hebdomadaire&utm_campaign=b744505857-RSS_EMAIL_CAMPAIGN&utm_medium=email&utm_term=0_831b3c6b78-b744505857-97331749].

La FTQ demande que les pratiques actuelles de sous-traitance soient soumises à une évaluation rigoureuse en matière de coûts et de qualité afin de favoriser la réintégration des activités en régie interne. Les syndicats devraient être associés à cette évaluation.

La FTQ demande que les contrats des projets en PPP soient rendus publics et que le rachat de ces contrats soit sérieusement envisagé.

Si l'objectif du gouvernement est de faire des économies, la FTQ croit que plusieurs autres solutions existent, notamment une politique globale sur les médicaments qui inclut la création d'un régime public d'assurance médicaments et des mécanismes de contrôle du coût des médicaments.

PARTIE 3 – RÉGLER OU CRÉER DES PROBLÈMES DE GESTION ?

Depuis le dépôt du projet de loi, le ministre a mis l'accent sur la lutte à la bureaucratie et les abolitions de postes-cadres qui découleraient de l'application de la réforme, puisqu'on éliminera un palier décisionnel. Il ne semble cependant pas avoir évalué les conséquences de cette fusion sur la gestion du personnel et les relations de travail. Alors qu'en 2003, le gouvernement a décentralisé la négociation collective au niveau local (les CSSS et autres établissements), la fusion entraînera une recentralisation vers le niveau régional (CISSS).

3.1 Plus ou moins de bureaucratie?

Le ministre ne parle de la bureaucratie que dans son acception négative, en y associant des stéréotypes de lourdeur, de lenteur, d'indécision et de coûts démesurés. Adopter une vision aussi limitée de la bureaucratie entraîne la négation de l'importance de tâches pourtant essentielles, comme la reddition de compte ou la surveillance des activités du privé.

Même si la FTQ est d'accord avec un objectif de réduction de la bureaucratie, nous ne croyons pas que le projet de loi produise un tel effet, au contraire. En effet, une nouvelle réforme crée une nouvelle structure et, avec elle, une nouvelle bureaucratie. Parce que la bureaucratie tend à devenir plus importante avec la taille croissante des organisations, la création de gigantesques CISSS ne devrait pas permettre de la diminuer. La bureaucratie devrait même augmenter au ministère avec tous les nouveaux pouvoirs qui s'y retrouveront. Enfin, d'autres décisions annoncées par le ministre seront aussi porteuses de plus de bureaucratie, par exemple l'implantation du financement à l'activité ou l'élargissement de la privatisation.

Pour réduire la taille de la bureaucratie de manière compétente, il est essentiel d'en identifier correctement les sources. L'augmentation du nombre de cadres n'est en effet qu'un indice de plus de bureaucratie, il n'en est pas la cause. Nous croyons que les principales causes sont de trois ordres : l'augmentation des opérations de reddition de compte, les modes de gestion et la surveillance du privé.

► L'augmentation des opérations de reddition de compte

Des opérations de reddition de compte se sont ajoutées, au fil des ans, sans qu'aucune ne soit remise en question. Le projet de loi ne règle en rien ce problème, puisqu'on n'a pas profité de l'occasion pour réduire le nombre de rapports devant être produits par les établissements. Que l'établissement soit plus gros n'éliminera pas le besoin de faire remonter l'information nécessaire du niveau des établissements de proximité vers le CISSS. Peut-être y aura-t-il moins de travail au ministère pour faire l'analyse des rapports, mais ce ne sera pas le cas pour les CISSS et les établissements de proximité. On peut même croire qu'il y en aura plus, le gouvernement n'hésitant pas à ajouter de nouvelles responsabilités administratives. L'adoption du projet de loi

n° 15⁵¹ sur le gel des effectifs exigera en effet une reddition de compte supplémentaire pour s'assurer du respect de la loi ou pour demander des exemptions, s'il s'avérait impossible d'appliquer la loi à la lettre à cause de règles contradictoires, par exemple entre le gel des effectifs et l'obligation du maintien des services.

Enfin, nous croyons qu'il n'est pas nécessaire d'adopter un projet de loi ou d'implanter une nouvelle réforme pour diminuer la bureaucratie. Il serait possible de mettre sur pied un comité de travail qui aurait pour mandat de proposer des allègements aux procédures de reddition de compte. Ce pourrait être à l'image de ce qui se fait depuis la fin des années 1990 avec les entreprises, alors que le gouvernement a mis sur pied une succession de comités réunissant des représentants du milieu des affaires, dont le mandat était de faire des propositions concrètes pour favoriser l'allègement réglementaire et administratif. Le ministre délégué aux Petites et Moyennes Entreprises, à l'Allègement réglementaire et au Développement économique régional vient d'ailleurs d'annoncer le début des travaux d'un nouveau Comité conseil sur l'allègement réglementaire et administratif, une initiative qui vise à réduire de 20 % d'ici 2015 le coût des formalités administratives imposées aux entreprises québécoises⁵².

► Les modes de gestion

Les modes de gestion, que ce soit pour la budgétisation ou l'évaluation des résultats, sont fondés de plus en plus sur des mesures quantitatives et des indicateurs qu'il faut définir puis appliquer. En important ce mode de gestion du secteur privé, on a introduit des tâches supplémentaires qui font concurrence aux soins et services à offrir. Il n'est pas rare que nos membres relèvent cette incohérence. Dans le secteur privé, on nous dit par exemple : « Le contremaître ne connaît plus le travail du plancher, car il est toujours dans son bureau devant son ordinateur. » Dans le secteur public, c'est par exemple : « Les infirmières passent leur temps à remplir des papiers. Elles sont dans leur bureau, pas sur le terrain à s'occuper des malades. »

D'autant plus que le personnel de bureau a fait partie des premières coupes. On s'était alors imaginé que, tout le monde pouvant utiliser un ordinateur, on n'avait plus besoin de secrétaires ou de commis. Conséquence : les professionnels ont hérité de leurs tâches et n'ont plus le temps d'effectuer les leurs.

⁵¹ Le projet de loi a été déposé le 9 octobre 2014. Il a été rapidement soumis à une consultation particulière assez restreinte dans le cadre des travaux de la Commission des finances publiques dont les audiences se sont terminées le 4 novembre dernier. La FTQ y a présenté un mémoire. Source : FTQ, *Réactions de la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec au projet de loi n° 15 — Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État*, lettre-mémoire, octobre 2014, 11 p.

⁵² MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DE L'INNOVATION ET DES EXPORTATIONS, *Le ministre Girard annonce le début des travaux du Comité conseil sur l'allègement réglementaire et administratif*, communiqué de presse, 23 octobre 2014 [En ligne] [http://www.economie.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqués-de-presse/communiqué-de-presse/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=16537&cHash=732b1fdf5037f86f3ed6511860bcc06b].

► La surveillance du privé

La sous-traitance ou la privatisation dans un secteur névralgique comme celui de la santé et des services sociaux a nécessairement augmenté les activités de surveillance. Parce que la population y est souvent très vulnérable, il est essentiel de surveiller la qualité des services rendus. Lorsque les services sont offerts dans un établissement de proximité public, cette surveillance se fait au jour le jour par les superviseurs et les cadres sur place.

Lorsque les établissements ou certaines de leurs activités sont transférés au secteur privé, le secteur public a encore la responsabilité de s'assurer que la qualité y est maintenue. Pour ce faire, cela prend une « bureaucratie ». L'exemple de la certification des résidences pour aînés est éclairant à cet égard. Cette certification implique que des lois et règlements soient adoptés pour exiger un certain niveau de formation du personnel ou des mesures précises de sécurité, par exemple la présence de gicleurs ou d'un nombre minimum de personnes travaillant la nuit. Mais il faut du personnel dans le réseau public pour assurer cette certification et en faire le suivi et la surveillance. Plus il y aura de privatisation, plus ce travail « bureaucratique » augmentera.

Nous croyons aussi que le ministre doit considérer que l'introduction de modes de gestion du secteur privé dans les établissements du réseau a créé un nouveau type de bureaucratie. En postulant la supériorité des fonctionnements du secteur privé, des normes, des règles, des procédures issues du marché et de l'entreprise privée ont été édictées. C'est cette bureaucratie qui est à l'œuvre depuis une vingtaine d'années et dont les effets sont dénoncés par le ministre, alors qu'il promeut lui-même le secteur privé. Le ministre doit éviter d'encourager encore plus de tels modes de gestion et revenir à des fonctionnements plus respectueux des finalités des organisations publiques, ce qui pourrait peut-être contribuer à diminuer cette bureaucratie souvent qualifiée de néolibérale.

La révolution managériale : extrait d'une vidéo

« Il faut comprendre l'histoire de [la révolution managériale qui est] cette nouvelle forme de pouvoir. Elle est d'abord née dans les multinationales. Et elle a été conçue en liaison avec les grands cabinets de consultants internationaux qui ont vendu ce modèle-là aux fournisseurs et aux clients des multinationales. Donc d'abord dans le secteur privé, aux institutions internationales qui l'ont mobilisée soi-disant pour lutter contre la crise, en obligeant les pays à rationaliser leur mode de gouvernance, pour les adapter à ce modèle-là, pour devenir, justement, rentable et juguler la crise financière, la dette publique, devenir efficace. Et donc ils l'ont appliquée comme modèle pour moderniser les entreprises publiques, qui a fait l'introduction du modèle managérial dans toute la gestion des institutions publiques : la police, la justice, les hôpitaux, les universités, la recherche, le travail social, etc. Dans le public, il s'est passé quelque chose d'immédiat qui a été le sentiment de tous les gens qui avaient choisi de travailler dans le public, à cause des valeurs du service public, à cause des valeurs des finalités institutionnelles. Ils choisissaient l'enseignement parce que l'éducation c'était important pour eux, ils choisissaient l'hôpital et la médecine ou les aides-soignants parce que la santé c'était important pour eux. Ça veut dire que les outils de gestion qu'on leur demande d'appliquer, ils ont le sentiment que ça va en contradiction avec les valeurs profondes pour lesquelles ils ont choisi ce métier. Et pire, on leur demande d'évaluer leur performance par des indicateurs qui n'ont pas de valeur pour eux.

Source : FTQ, *La révolution managériale*, vidéo, Journées de réflexion sur l'action syndicale pour la santé mentale, 7 et 8 mai 2013 [En ligne] [www.youtube.com/watch?v=ctnP8LnFsDg&list=UU624V2XoiBh9QUiSqUIFlag]. Vidéo avec Vincent de Gaulejac, un sociologue français qui a publié, seul ou avec d'autres, de nombreux ouvrages qui viennent contrecarrer les propositions d'un management qu'il qualifie d'idéologique : *Le coût de l'excellence*, *La lutte des places*, *Travail : les raisons de la colère* et *Manifeste pour sortir du mal-être au travail*.

3.2 Les ressources humaines et les relations de travail

Aucune réflexion sérieuse ne semble avoir été faite sur l'implication de ces fusions en matière de gestion des ressources humaines et de relations du travail. Un bilan des dernières fusions ayant mené à la création des CSSS aurait pourtant permis de faire quelques constats suffisamment percutants pour faire réfléchir tout ministre qui voudrait imposer au réseau une fusion encore plus imposante, si peu de temps après la dernière.

En effet, il ne faut pas sous-estimer les énergies et le temps qui ont dû être consacrés à la création d'établissements, avec de multiples points de service, où les membres du personnel ne se connaissaient pas et devaient s'approprier afin d'être capables de mettre en commun leur expérience et leur expertise pour continuer à faire un travail de qualité. Il en est de même pour les gestionnaires et les représentants syndicaux qui ont dû procéder à l'harmonisation des conditions de travail locales. Pendant ce temps, le personnel devait aussi s'intégrer dans de nouvelles structures syndicales. C'est donc à une répétition de ce processus que le ministre contraint l'ensemble du réseau avec sa nouvelle réforme.

► Les fusions d'accréditation et l'harmonisation des conventions collectives

Dans les premiers jours du dépôt de son projet de loi, le ministre a indiqué « qu'il n'est pas question de forcer des fusions d'accréditation syndicale entre les différents établissements de proximité au sein du même centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) : "C'est une réforme de l'administration. Nous n'avons pas l'intention de forcer des regroupements comme ce fut le cas en 2003"⁵³. » Nous croyons que cette réaction est une autre illustration de l'improvisation et du travail en vase clos qui a précédé le dépôt du projet de loi.

Mieux informé, le ministre aurait su qu'il existe une loi, la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales, qui est claire : les fusions d'établissements entraînent des fusions d'accréditations selon une procédure bien établie⁵⁴. Cela signifie que les ententes locales devront être renégociées au niveau des CISSS, pour les uniformiser, même si cela fait difficilement sens pour les différents établissements de proximité. Cela obligera, encore une fois, les gestionnaires et les responsables syndicaux à investir leurs énergies dans une harmonisation encore plus difficile.

Le concept de sécurité d'emploi est fortement mis à mal par la définition d'établissement du projet de loi n° 10. Faut-il y voir une tentative délibérée de retirer ce droit aux travailleurs et travailleuses du réseau ou s'agit-il d'une incongruité causée par l'absence de réflexion sur la taille des établissements ou des territoires? En effet, c'est notamment la distance qui définit la sécurité d'emploi, soit 50 kilomètres au-delà desquels on ne peut obliger une personne à changer d'établissement. Les CISSS (les nouveaux établissements au sens du projet de loi), sauf sur l'île de Montréal, compteront des points de service pouvant être répartis sur de très grands territoires – la Côte-Nord a par exemple 1 300 kilomètres de côtes. La règle du 50 kilomètres ne s'appliquant pas au sein d'un établissement, une personne devra-t-elle accepter un emploi à Sept-Îles, même si elle habite à Tadoussac? Si tel était le cas, autant dire que la sécurité d'emploi n'existera plus pour une grande partie du personnel!

► La mobilisation du personnel

Les réformes n'adviennent pas par magie. Ce n'est pas le ministre qui fera la réforme. Il faudra mobiliser positivement le personnel, médecins, cadres et syndiqués, si l'on veut vraiment que la réforme fonctionne. Il faudra aussi accepter que cela prenne du temps et de l'argent. La période de transition devra être beaucoup plus longue que celle que le ministre prévoit quand il annonce ses économies pour dans quelques mois, dès 2015-2016.

Avec le dépôt du projet de loi et plusieurs déclarations publiques, le ministre a plutôt choisi une voie autoritaire et antagonique. Il s'attaque au personnel-cadre et aux CA actuels qui seraient inutiles ou incompetents, alors qu'ils devront être les leaders de la transition. Espère-t-il que tout

⁵³ « Pas de fusions syndicales en vue », *Le Quotidien*, 27 septembre 2014.

⁵⁴ QUÉBEC, *Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales*, article 1.

le monde marchera au pas pour ne pas faire partie des coupes annoncées dans les postes-cadres ou pour être choisi dans les futurs CA des nouveaux CISSS? Du côté du personnel syndiqué, la démobilité risque d'être très forte dans un contexte de coupes budgétaires, de fusions d'accréditations ainsi que de négociations tardives et éventuellement très difficiles. Nous avons une forte impression de déjà-vu.

La FTQ recommande

La FTQ est en faveur d'une réduction de la reddition de compte lorsque celle-ci ne nuit pas à d'autres objectifs importants, notamment la surveillance de la qualité des services dans le secteur privé. À l'exemple du Comité conseil sur l'allègement réglementaire et administratif mis sur pied par le ministère de l'Économie, de l'Innovation et des Exportations, la FTQ propose la mise sur pied d'un groupe de travail similaire pour le réseau de la santé et des services sociaux. La présence de tous les acteurs du réseau, dont les syndicats, devrait y être assurée.

La FTQ croit qu'il y a des économies importantes à faire en s'éloignant des modes de gestion importés du secteur privé ainsi qu'en limitant la privatisation.

PARTIE 4 – GOUVERNANCE OU DÉMOCRATIE?

La Révolution tranquille et la construction de l'État-providence ont été accompagnées au Québec d'un objectif de démocratisation de tous les secteurs de la vie en société ainsi que de l'activité gouvernementale, en éducation, en santé et même dans le développement économique. Les moyens utilisés ont été divers, allant de simples processus consultatifs à des élections, comme c'est le cas dans les établissements de santé ou les commissions scolaires en passant par des collèges électoraux comme cela existait dans certains anciens conseils régionaux de développement. Des processus consultatifs plus élaborés et des organismes consultatifs ont aussi été mis sur pied.

Il nous semble que, depuis le tournant des années 2000, les gouvernements (surtout libéraux) se sont succédé pour démanteler divers volets de cette démocratie participative, qui fait une bonne place à la société civile. Les exemples sont nombreux : l'abolition des conseils régionaux de développement (CRD) en 2003 pour les remplacer par les conférences régionales des élus (CRÉ); l'abolition de plusieurs conseils consultatifs dont celui de la santé et du bien-être en 2005⁵⁵ et de ceux de la famille et de l'enfance, des aînés ou des relations interculturelles en 2011. Le mouvement syndical et la société civile ont ainsi été évincés de structures consultatives importantes pour le bien-être de la population québécoise. Le présent gouvernement continue dans la même voie avec un certain acharnement dans le réseau de la santé et des services sociaux.

► Des pouvoirs démesurés pour une politisation extrême

On ne compte plus les commentaires qui ont été faits au ministre sur les pouvoirs démesurés que le projet de loi lui accorde, notamment pour ce qui est de court-circuiter les conseils d'administration (CA) en choisissant lui-même le président ainsi que le président-directeur général et son adjoint. Le gouvernement ne respecterait même pas les principes énoncés dans la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État adoptée par le gouvernement libéral précédent en 2006.

Le ministre le reconnaît d'ailleurs lui-même, mais affirme que ces pouvoirs sont nécessaires pour une phase transitoire durant laquelle il pourra imposer la réforme, pour pouvoir partir du bon pied, avec de bons soldats qui n'oseront pas critiquer le grand chef, qu'il s'agisse des membres de

⁵⁵ Le conseil a été remplacé par un Commissaire à la santé et au bien-être qui, en vertu de sa loi constitutive, doit mettre sur pied un Forum de consultation, une instance de 27 personnes nommées pour 3 ans, formée de citoyennes et de citoyens venant de chacune des régions du Québec et d'experts. Le Forum est donc une instance consultative du Commissaire et non pas du gouvernement. Les comptes-rendus des débats du Forum ne sont pas publics et le Commissaire peut en disposer comme il l'entend, c'est-à-dire tenir ou ne pas tenir compte des propositions du Forum dans ses propres avis au gouvernement, ce qui crée une certaine frustration chez les membres du Forum. Leur insatisfaction s'est exprimée, dans l'exercice d'évaluation en 2011. Source : ABELSON, Julia (Ph.D), MARTIN, Élisabeth (cand. Ph.D.), et François-Pierre GAUVIN (Ph.D.), *Le Forum de consultation : Retour sur trois années d'évaluation*, octobre 2011, p. 32 [En ligne] [www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2013/Forum/CSBE_Rapport_final_Forum_Trois_annees_evaluation.pdf].

la haute direction ou du CA. L'actuel mot d'ordre de ne pas critiquer le projet de loi n° 10 donne en effet le ton pour le futur.

► **Comment étouffer la dissidence**

Nous sommes aussi inquiets des possibilités de bâillonnement des différents acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, la centralisation faisant disparaître bon nombre de leurs associations. Ces associations qui regroupent des établissements de proximité sont autant de lieux précieux de réflexion sur les pratiques dans leur domaine respectif, que ce soit en dépendance, en santé mentale, etc. Bien sûr, elles jouent aussi le rôle de chien de garde des besoins des clientèles que leurs établissements membres desservent. On peut comprendre que les interventions de ces associations et comités puissent parfois indisposer un gouvernement ou un ministre, mais le réseau de la santé et des services sociaux a-t-il vraiment les moyens de se passer de ces associations?

On peut craindre que le projet de loi ne fasse aussi disparaître les comités d'usagers ou les commissaires aux plaintes dans les établissements de proximité, là où les usagers peuvent plus facilement s'exprimer.

► **La gouvernance : une gestion publique selon la logique du secteur privé**

La proposition du projet de loi quant à la composition des CA est très éloignée de la réalité complexe du réseau de santé et des services sociaux, ainsi que de ses valeurs fondamentales. L'adoption de la logique du secteur privé pour la gestion d'établissements publics se reflète encore une fois dans les modifications qui ont été apportées à la gouvernance des nouveaux établissements.

En effet, le ministre impose des profils de compétences précis, alors qu'auparavant chaque CA des agences régionales établissait lui-même les profils de compétences recherchés pour les membres indépendants qui étaient cooptés. À l'avenir, au moins cinq membres indépendants seront de toute évidence choisis selon des critères s'appliquant au secteur privé, avec des profils de compétence dans les domaines suivants : gouvernance et éthique; gestion des risques et qualité; ressources humaines; ressources immobilières et informationnelles; vérification et performance. Seules deux personnes représenteront des profils autres que ceux de la santé : jeunesse; services sociaux.

Sauf pour une personne représentant le comité des usagers du CISSS⁵⁶, tous les membres qui représentaient la population sous diverses formes sont évacués des nouveaux CA. Dans les établissements de proximité qui n'auront plus de CA, il y avait par exemple deux personnes élues par la population, au moins une personne proposée par les organismes communautaires et une

⁵⁶ Les comités des usagers dans les établissements de proximité disparaissent avec la fusion.

personne représentant le personnel autre que les professionnels, dans ce dernier cas, souvent l'un de nos membres. Dans les CA des agences régionales, il y avait deux personnes recommandées respectivement par le milieu syndical et par le milieu communautaire.

► **Que restera-t-il de la participation citoyenne ?**

Il a été démontré que les systèmes les plus performants sont ceux qui incluent tous les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des personnes représentant la société civile et la population. Il est clair que la réflexion du ministre n'a pas du tout été faite en ce sens, puisque le projet de loi va clairement à contre-courant. En faisant disparaître les CA de tous les établissements de proximité, le réseau de la santé se prive de milliers de citoyens engagés et préoccupés par le bien-être des usagers, agissant ainsi en chien de garde des besoins de la population.

Au prétexte d'instaurer une bonne gouvernance, le projet de loi n° 10 élimine toute obligation d'information, de consultation ou de participation. Le seul mécanisme qui demeure est l'obligation pour le CA des établissements de tenir une séance publique d'information une fois par année (art. 26), ce qui est une contrainte si minimale que personne ne pourra influencer réellement les orientations prises par le CA, d'autant plus que peu de personnes pourront y participer ne serait-ce qu'à cause de la taille des territoires des CISSS.

La FTQ recommande

La FTQ demande au gouvernement de cesser le démantèlement de la démocratie participative et de mettre en place tous les moyens nécessaires pour favoriser l'information, la consultation et la participation de la société civile québécoise et de la population dans les diverses instances du réseau de la santé et des services sociaux.

DS/yh
Sepb-574
07-11-2014

ANNEXE 1

Notre avenir

Hôpital Sainte-Anne, Anciens Combattants Canada

- Le 27 avril 2012, le gouvernement du Canada et le gouvernement du Québec ont signé un accord de principe concernant le transfert éventuel de l'Hôpital Sainte-Anne à la province de Québec.
- L'accord de principe énonce les principaux éléments au sujet desquels les deux parties doivent s'entendre avant de clore les négociations. Ces éléments comprennent notamment : la priorité d'accès des anciens combattants admissibles aux services, aux programmes et aux soins de santé offerts à l'hôpital; les niveaux garantis de soins et de services; la prestation de soins et de services aux anciens combattants dans la langue française ou anglaise selon leur choix; certains éléments reliés aux ressources humaines et l'évaluation des biens.
- La priorité de notre gouvernement est d'assurer aux anciens combattants leur priorité d'admission à l'hôpital et des soins et des services dans la langue officielle de leur choix. Notre gouvernement s'engage aussi à protéger les intérêts des employés de l'hôpital.
- Notre gouvernement tient à informer les anciens combattants, les intervenants et les employés lors de chaque étape importante franchie au cours des négociations, comme la signature de cet accord de principe.

Contexte

- Il y a de moins en moins d'anciens combattants traditionnels qui font des demandes d'admission à l'hôpital.
- Le transfert éventuel de l'Hôpital Sainte-Anne sera avantageux pour les anciens combattants, les employés de l'hôpital, ainsi que pour les résidents du Québec.
- Le transfert éventuel de l'Hôpital Sainte-Anne au gouvernement du Québec devrait permettre de maintenir et de maximiser l'expertise qu'il possède en matière de gériatrie et de psychogériatrie, tout en bénéficiant de lits disponibles pour d'autres Canadiens.
- Depuis sa création il y a 93 ans, la raison d'être de l'Hôpital Sainte-Anne est de servir les anciens combattants, de leur fournir des soins de la plus haute qualité et de constituer un symbole commémoratif pour la communauté et pour le pays tout entier. Sa raison d'être est au cœur des négociations entre le gouvernement du Canada et le gouvernement du Québec.

- Depuis les années 1960, Anciens Combattants Canada a transféré aux provinces 17 de ses hôpitaux qui ont tous continué, par l'entremise d'une entente avec le gouvernement fédéral, à fournir des soins de premier ordre aux anciens combattants du pays. Nous verrons à ce qu'il en soit de même pour l'Hôpital Sainte-Anne.

Source : ANCIENS COMBATTANTS CANADA, [En ligne] [www.veterans.gc.ca/fra/steannes-hospital/about-us/future] (Consulté le 20 octobre 2014).