

MÉMOIRE SUR LE PROJET DE LOI 10 MODIFIANT L'ORGANISATION ET LA GOUVERNANCE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

PRÉPARÉ PAR

CHEVRIER Madeleine

DUMONT-LEMASSON Mireille

NORMAND Jacinthe,

ROWAN Christine

TURCOTTE Céline

VIGEOZ Michèle

12 novembre 2014

SOMMAIRE

En participant à la consultation sur le projet de Loi 10 modifiant l'organisation des services de santé et des services sociaux, nous désirons mettre en lumière à l'instar d'autres acteurs, l'impossibilité d'atteindre les objectifs explicites promus par cette loi notamment l'intégration des services et la réduction des coûts, par les seuls changements organisationnels de gouvernance et par la fusion des établissements au niveau régional.

La tutelle quotidienne, opérationnelle et politisée du Ministre sur la gouverne des nouveaux établissements régionaux comporte des risques réels de dérapage démocratique et de déresponsabilisation des conseils d'administration, des gestionnaires, du personnel incluant les médecins et des partenaires du réseau de santé.

La réforme n'apporte aucune solution au défi de l'heure celui de l'accès à des services de santé et services sociaux de première ligne. Pourtant, c'est la base de l'échafaudage des services de deuxième et troisième lignes (hôpitaux généraux et spécialisés, centres de réadaptation en déficience physique et sensorielle) au niveau sanitaire. C'est aussi la base des services sociaux dits généraux par rapport à ceux qui sont plus spécialisés (protection de la jeunesse, réadaptation et réinsertion sociale).

Les usagers, leurs familles ou leurs représentants perdent leur influence sur l'offre de services et leur capacité de dénoncer les situations problématiques. Ils n'auront qu'un seul représentant (décisionnel) de tous les comités d'utilisateur au niveau régional. Le sort des comités au niveau de l'établissement reste incertain dans ce projet de loi.

La fusion n'est pas nécessairement le facteur déterminant de l'intégration des services. Notre expérience passée dans les fusions d'établissements nous conduit à croire que les fameux gains escomptés en termes d'intégration de services et d'efficacité n'ont pas été au rendez-vous. **L'inclusion des Centres jeunesse et des Centres de réadaptation et la taille des CISSS poseront des défis immenses de pertinence et de fonctionnement.**

D'autres mesures nous paraissent plus efficaces pour atteindre des gains d'efficacité et de réduction des coûts notamment, le renforcement des services de première ligne, l'informatisation clinique, la révision des modes de financement des services médicaux et des établissements, le partage actualisé des rôles cliniques.

Nous croyons donc que le projet de Loi doit être amendé de façon significative. Nous remercions Monsieur le Ministre et les membres de la Commission parlementaire de l'attention qu'ils accorderont à nos suggestions de bonification.

Introduction

Signe de grande urgence, le projet de Loi 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment l'abolition des agences régionales, étudié en Commission parlementaire a germé et mûri au cours de l'été 2014. Alors que la loi n'est pas encore adoptée, des directives incluant des abolitions de poste sont envoyées au réseau de la santé. Heureusement, une Commission parlementaire tient ses audiences actuellement et nous y désirons contribuer avant le dépôt du projet à l'Assemblée nationale pour adoption. En bref, nous désirons mettre en lumière à l'instar d'autres acteurs, l'impossibilité d'atteindre les objectifs explicites promus par cette loi par les seuls changements organisationnels de gouvernance et par la fusion des établissements au niveau régional. D'autres solutions reconnues efficaces et efficaces existent pour faire face aux défis actuels du réseau de la santé autant pour favoriser l'intégration des services qu'en réduire ses coûts. Faute de changements significatifs au projet de Loi, nous anticipons des retombées négatives autant pour la clientèle, la population en général, le personnel et les médecins qui œuvrent dans ce réseau.

Notre opinion est le fruit de la réflexion de personnes qui sont avant tout des citoyennes engagées ayant une expérience personnelle dans le réseau de la santé et des services sociaux à titre d'usagères, cliniciennes de la santé et des services sociaux, gestionnaires d'équipes cliniques et d'établissement, formatrices universitaires, membres de Conseil d'administration et de comité d'usager. Nous avons vécu la fondation des CLSC et leur déploiement (de 1971 à 2001), leur fusion avec les CHSLD et la création de centres de santé combinant les trois missions CH, CHSLD, CLSC en région éloignée (2001). En 2004, un autre pas a été franchi avec la création des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) impliquant dans la majorité des cas, une fusion entre un ou plusieurs CLSC, CHSLD et un hôpital de soins généraux pour couvrir de plus vastes territoires. Cette fusion d'établissement était accompagnée de la nécessité d'intégrer les services socio-sanitaires au sein des réseaux locaux (c'est-à-dire de territoires de CLSC et de CSSS) et d'implanter un projet clinique impliquant les différentes missions et clientèles.

Au fil de ces mêmes années, les Centres Jeunesse et les Centres de réadaptation en déficience intellectuelle, physique et sensorielle, alcoolisme et toxicomanie ont connu leur lot de transformations. Ils sont issus de la fusion de petits établissements. Depuis dix ans, ayant harmonisé leurs services, ils desservent leur région administrative par des services spécialisés dédiés à une clientèle particulière.

Autre élément important à rappeler, quel que soit le gouvernement en place, chacun a toujours tenté de réduire ou contrôler les coûts de ce système par différents moyens notamment:

- coupure de 20% des salaires pour une période donnée;

- mise à la retraite massive des infirmières et autres professionnels de la santé;
- augmentation des frais à l'usager notamment par la privatisation des services médicaux et hospitaliers hors RAMQ;
- transfert des services d'aide à domicile et de santé mentale aux organismes communautaires ou d'économie sociale;
- implantation de solutions alternatives à l'hospitalisation et à l'hébergement notamment par le développement en ressources intermédiaires et du soutien à domicile;
- rationalisation du personnel administratif;
- fermeture d'hôpitaux;
- et plus récemment l'implantation de démarche d'optimisation et de réingénierie.

Le projet de Loi 10 propose une autre étape radicale: passer de 182 établissements à 28, la création d'un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) par la fusion de tous les établissements à un niveau régional (sauf à Montréal) assortie d'une modification majeure de la gouverne du réseau. Deux principaux arguments sont évoqués pour justifier cette réforme : la rationalisation des coûts par la réduction d'un palier administratif et une meilleure intégration des services. Il va de soi que nous sommes très favorables à rationaliser les coûts de la santé et encore plus, à ce que tous les Québécois obtiennent de meilleurs services. Toutefois, nous croyons que le projet de Loi doit être amendé de façon significative. D'autres mesures nous paraissent plus efficaces pour atteindre ces mêmes objectifs. Pour étayer notre propos, nous nous concentrerons sur cinq thèmes :

1. La centralisation ministérielle accrue, la politisation du réseau et la déresponsabilisation des acteurs ;
2. Le recul des services de première ligne et des réseaux locaux de services;
3. La perte de pouvoir des usagers;
4. L'intégration des services : la fusion n'est pas l'unique réponse;
5. Les vraies économies sont à venir.

En terminant, nous ferons des recommandations pour bonifier le projet déposé.

I. La centralisation ministérielle accrue, la politisation et la déresponsabilisation des acteurs

▪ • *La tutelle du Ministre et la nomination régionale*

En concentrant tous les pouvoirs de décision (orientation, adoption des plans d'action, détermination des plans d'organisation, nomination de tous les PDG et PDG adjoint, président et membres des conseils d'administration des CISSS, etc.), le Ministre s'arroge un droit de **tutelle quotidienne, opérationnelle et politisée** sur la gouverne, le fonctionnement et l'organisation interne des nouveaux établissements régionaux. Dans un tel contexte, plusieurs anticipent que les nominations partisans deviennent la règle, que les décideurs et autres cadres choisissent la conformité pour leur avancement de carrière au détriment du courage requis pour tenter d'arbitrer les décisions au mieux de l'intérêt général de la population de leur territoire, de leurs clientèles et de leur établissement. Dans notre perspective, un établissement est un moyen au service des fins que sont la dispensation de services, l'amélioration de la santé et du bien-être à des coûts optimaux.

Même si un processus de consultation existera au niveau régional, la marge de manœuvre de cette assemblée régionale est structurellement biaisée par la nomination exclusive du Ministre.

Même si l'on a parfois reproché au réseau de la santé d'avoir trop de maîtres à bord (ce qui était vrai !), n'en avoir qu'un seul ne fait pas de sens. On doit donc se rappeler le rôle fondamental d'un Ministère de la Santé et des Services sociaux. Il détermine les orientations, évalue les résultats et il n'a pas à assurer la gestion quotidienne du réseau. Ceux qui sont plus proches du terrain sont les mieux placés pour le faire.

A cet égard, le Ministre se distancie des recommandations du Groupe de travail sur la gouvernance¹ qui semble l'avoir influencé. Pourtant celui-ci recommandait notamment que le ministère ne gère pas le réseau mais en assure la gouvernance et de plus, il suggérait le recadrage du rôle des médecins, leurs collaborations attendues avec le reste du réseau et leur mode de rémunération ce qui est exclu de la présente réforme. Les modèles centralisateurs dont s'inspire le Ministre sont, soit en perte de vitesse (ex : l'Alberta) ou sont très différents.

¹ Institut sur la gouvernance d'organisations privées et publiques, Rapport du Groupe de travail sur la gouvernance des établissements de santé et des services sociaux du Québec « *Pour s'assurer d'une gouvernance en santé* », 2008 et « *Une gouvernance transformée pour le système de santé québécois* », 2014

Aux États-Unis le Kaiser Permanente est axé sur la prévention, la multidisciplinarité, une gouvernance participative, une sélection des médecins qui adhère à un modèle de services multidisciplinaires et intégrés, une informatisation très avancée au service des cliniciens mais aussi des clients/usagers pour la prévention de leurs problèmes de santé, ce qui n'est pas le cas dans ce projet de loi.

Un système à deux paliers composé du ministère et des établissements pourrait représenter un progrès de l'efficacité de notre système de santé au Québec. Ceci à la condition que la bureaucratie qui s'y rattache ne soit pas simplement déplacée au niveau du ministère ou cachée dans les futurs CISSS. Si tel est le cas, qu'aura-t-on gagné?

Regardons les chiffres. En 2013, les effectifs du MSSS comptaient 973 personnes auxquelles s'y ajouteraient 296 fonctionnaires (10% du personnel) provenant des agences soit un total de 1269 personnes (**hausse de 30%**). Nous aurons donc une superstructure provinciale qui gèrera les services de santé et de services sociaux pour les 8 millions de Québécois et de Québécoises! Il est plus facile de remettre en cause les autres composantes du réseau que soi-même. Or, il faut souligner que ce ministère est reconnu pour sa lenteur décisionnelle, ses cloisonnements et ses multiples réglementations en matière d'inspection et de reddition de comptes. Depuis 2004, elles ont augmenté à un point tel que pour y faire face, les établissements ont créé des postes cadre conseil qui font la une des journaux. Est-il efficace, efficace (à défaut optimal) d'avoir, pour un établissement, à rendre des comptes :

- En engageant et en payant annuellement un vérificateur externe qui atteste de l'utilisation des fonds et de ce pour quoi ils sont employés (voir le nombre de pages du rapport annuel du vérificateur);
- En rédigeant et en envoyant à la régie et au ministère, un rapport annuel de gestion comportant plus ou moins les mêmes informations;
- En remettant chaque année, à l'Agence régionale et au ministère les résultats des ententes de gestion «négociées» en début d'année;
- En se soumettant, aux 4 ans, à un processus d'agrément qui passe en revue, à partir des meilleures pratiques de gestion définies à l'échelle de l'Amérique du Nord, tous les processus cliniques et administratifs d'un établissement à partir des résultats qu'il obtient;
- En accueillant, selon un échéancier variable, les inspections des ordres professionnels, (Collège des médecins et autres Ordres professionnels);
- En recevant, selon un échéancier aléatoire, les équipes d'inspection du ministère dans les centres d'hébergement;
- En consignand dans les différents systèmes informatiques les mêmes informations.

A-t-on déjà calculé le coût cumulé de ces mesures? Toutes ne sont pas redondantes – notamment l’inspection professionnelle versus les vérifications comptables par exemple, mais beaucoup le sont à des niveaux divers. Ne serait-il pas économiquement plus rentable de rationaliser ces différentes exigences ? Il y a fort à craindre que la politisation et la centralisation accrues du réseau impliqueront une augmentation de ce besoin de contrôler, et donc, des demandes descendant en cascade dans le CISSS pour alimenter le ministre et ce, justifiant un accroissement des ressources humaines au niveau central.

Comprenons-nous bien : la reddition de comptes est essentielle. Elle est même, selon nous, un levier fondamental de l’imputabilité et de la performance. Mais n’est-il pas plus important de mettre de l’ordre dans l’abondance de moyens, de cibler les bons indicateurs, de se doter d’outils performants pour y donner suite plutôt que de brasser des structures qui auront un effet contre productif à ce chapitre ? Ceci étant fait, il sera légitime d’exiger de tous les acteurs incluant les médecins une véritable reddition de comptes sur l’intégration, l’efficience et l’efficacité des services.

Revenons à un ministère qui trace les orientations et les résultats attendus, contrôle le financement, garantit l’équité inter régionale et entre les programmes clientèle, donne l’exemple d’efficience et détermine des éléments de conformité à l’échelle du réseau et sévit lorsque nécessaire.

- ***Disparition du pouvoir de décision local***

Ce projet de loi abolit les établissements locaux et la structure locale de décisions (direction générale et Conseil d’administration). C’est donc le CISSS qui sera le palier régional décisionnel avec une direction générale et un Conseil d’administration de personnes nommées par le Ministre. Comment les usagers et les cliniciens influenceront-ils le CISSS? Comment les différents établissements avec leurs différentes missions se reconnaîtront-ils dans cette super structure? Comment un gouvernement peut-il du même souffle, proposer dans le réseau de la santé et celui de l’éducation deux modèles diamétralement opposés? Où est la cohérence ? Le 4 novembre 2014, à la radio de Radio-Canada, le Premier Ministre Couillard mentionnait qu’il entendait décentraliser les décisions dans le monde scolaire et donner plus de pouvoir de décisions aux directions d’écoles et aux enseignants. Ce qu’il faut peut-être comprendre c’est que l’abolition des commissions scolaires prévoit la remise des pouvoirs de décisions dans les lieux de dispensation des services au niveau local. Pourquoi pas la même chose en santé² ? Au nom de quoi et de qui les établissements locaux perdent-ils toute voix au chapitre ?

² Stéphane Paquin, PH.D. Les pays scandinaves, quelles leçons pour le Québec? Le Point en santé, vol 7, numéro 1, Printemps 2011 « *La Suède se démarque des autres pays en termes de qualité et coût des services. Un des grands principes de la réforme de santé en Suède est la décentralisation, et non la centralisation, afin de rapprocher les instances décisionnelles près des patients et des citoyens* ».

Pourquoi mélanger toutes les missions? Le ministre Barrette propose une réforme qui place le patient, les communautés loin des décisions et non au cœur des décisions.

Imaginons la situation de la Rive Sud et de Montréal : Montréal (06) avec 1 953 000 habitants répartis sur 483 Km², 254 installations aura 5 CISSS et 4 hôpitaux épargnés de la fusion; la région de la Montérégie (16) avec ses 1 600 000 habitants répartis sur 11,824 Km², 200 installations aura 1 seul CISSS. Autre exemple, les Laurentides n'auront qu'un seul CISSS alors que son territoire est clairement segmenté : les Basses Laurentides (jeunes familles en croissance géographique) et les Hautes Laurentides (population plus âgée, plus dispersée, plus mobile avec le tourisme). Dans chaque région, il y a lieu de s'assurer que la taille du CISSS soit humainement, sociologiquement, culturellement et géographiquement gérable. Y-a-t-il un juste milieu entre 28 et 182 établissements? Regardons ce tableau. Des populations sur des territoires petits et vastes, des services médicaux qui se consomment hors de la région dans des proportions si variables dans d'autres régions. Quelle est la logique dans tout cela?

Région	CISSS	Nombre de points de services	Population	Étalement régional Km/2	Consommation des services dans la région Nombre de MD en ETP	Consommation médicale dans autres régions en ETP
Bas St-Laurent	1	75	201 256 h	28 319	307.73	10.54
Saguenay	1	60	279 873 h	106 173	457.97	31.31
Québec	1	148	705 338 h	20 903	1260.90	27.90
Mauricie Centre du Québec	1	132	503 355 h	47 066	678.01	98.56
Estrie	1	74	315,464 h	10 483	499.28	28.94
Montréal	5	254	1 953 000 h	483	3407.64	114.76
Outaouais	1	86	378 364 h	33 991	422.43	46.12
Abitibi-Témiscamingue	1	67	142 954 h	?	225.65	19.55
Côte-Nord	1	50	93 095 h	379 314	152.77	51.88
Gaspésie les Iles	1	56	94,363 h	77 945	173.53	36.98
Chaudière Appalaches	1	101	413 720 h	16 088	514.16	163.41
Laval	1	32	416 786 h.	266	323.97	310.49
Lanaudière	1	73	499 002 h	13 479	474.36	229.56
Laurentides	1	72	584 777 h.	22 464	567.56	257.08
Montérégie	1	200	1 600 000 h.	11 824	1676.05	585.57

En clair, pourquoi ne pas faire plus simple pour régler les problèmes sous-jacents de gouverne : c'est-à-dire redonner de la force au niveau central mais avec pondération, faire disparaître les agences qui faisaient double emploi avec le ministère, si nécessaire fusionner certains établissements dans certaines régions mais en évitant des fusions entre établissements de mission différente.

II- Le recul des services de première ligne et des réseaux locaux de services

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) soutient que l'implantation d'une première ligne de services forte, proche des communautés avec qui elles travaillent en partenariat, est un pré requis pour l'amélioration de la santé et la qualité des soins et services à a population.³ Il existe un consensus au niveau du Québec qu'une des plus grandes faiblesses du réseau de la santé et des services sociaux demeure, malgré toutes les réformes antérieures (Rochon, Clair, Couillard, Bolduc), l'accès à des services de santé et services sociaux de première ligne. Pourtant, c'est la base de l'échafaudage des services de deuxième et troisième lignes (hôpitaux généraux et spécialisés, centres de réadaptation en déficience physique et sensorielle) au niveau sanitaire. C'est aussi celle des services sociaux dits généraux par rapport à ceux qui sont plus spécialisés (protection de la jeunesse, réadaptation et réinsertion sociale). Les médecins de famille même en étant plus nombreux au Québec qu'au Canada⁴ ne répondent pas aux besoins médicaux de base dans un délai raisonnable et n'assurent pas la continuité de soins que l'on attend d'eux. Les services de première ligne des CLSC peinent aussi à répondre aux besoins des familles, des jeunes en difficulté, des personnes âgées avec des incapacités et des personnes avec des problèmes de santé mentale etc. Dans son libellé actuel, ce projet de Loi omet ce problème crucial et met en péril les services de première ligne :

- L'interface entre médecins de famille en pratique privée et en GMF et les autres composantes du réseau n'est pas abordée;
- Les communautés locales comme lieux de services et de mobilisation ne sont plus considérées au centre du système. Alors que depuis 40 ans, sous différentes formes, (CLSC versus CSSS et RLS), les spécificités des populations à desservir ont été le noyau autour duquel s'articule la pyramide des services de première ligne qui se déploient dans les milieux de vie des personnes et à partir desquels s'arriment les services spécialisés plus concentrés au niveau régional;
- Les programmes de protection, la prévention et la promotion de la santé qui se concrétisent par des collaborations avec tous les acteurs locaux et se déploient dans tous les milieux de vie (école, garderie, milieu de travail, lieux de loisirs etc..) ne sont pas dans la ligne de mire.

³ Dr Margaret Chan, Directeur Général de l'Organisation mondiale de la santé « *Contribution des soins de santé primaires aux objectifs du Millénaire pour le développement* », Déclaration préliminaire à la Conférence internationale sur la santé et le développement, Buenos Aires, Argentine, 16 août 2007.

⁴ Taux de médecins de famille par 100 000 habitants au Québec 115 contre 109 au Canada et 120 contre 106 pour les spécialistes. Source ICIS : *Nombre, Répartition et migration des médecins canadiens en 2012*, publié en 2013, page 34

Le fait de mettre l'emphase sur la création d'un CISSS au niveau régional fait peut-être sens pour les établissements spécialisés de même mission qui peuvent éventuellement augmenter leur synergie relative. Mais si cette concentration se fait au détriment des réseaux locaux de services et des services de première ligne, qu'aurons-nous gagné ? Comment la population, les usagers, les organismes communautaires, les autres décideurs locaux ainsi que le personnel dont les médecins de première ligne se reconnaîtront-ils dans cette nouvelle super structure? Quelle sera leur voix au chapitre? Quelle garantie auront-ils? De quelles ressources disposeront-ils pour assurer cette intégration de services que ce projet de Loi veut soutenir?

Y-a-t-il possibilité de tracer un compromis entre le modèle proposé et le respect des communautés locales et les services de première ligne?

III- La perte de pouvoir des usagers

Le rôle des comités d'usagers dans les établissements a toujours été essentiel pour assurer la protection de leurs droits et faire valoir les besoins, tout particulièrement pour les clientèles plus vulnérables qui sont dépendants du système de santé ou de services sociaux dans les soins et services de longue durée, les placements familiaux, les soins palliatifs, les soins chroniques, la réadaptation et la réinsertion sociale. Les familles ou les représentants d'usagers ont eu toujours une place au Conseil d'administration de leur établissement et pouvaient influencer l'offre de services et dénoncer les situations abusives. Or tout ceci disparaît dans le projet de Loi. Il ne subsistera qu'un seul représentant (décisionnel) de tous les comités d'usager au niveau régional. Le sort des comités au niveau de l'établissement reste incertain dans ce projet de loi. Nous citons ici le contenu de lettre de Maître Ménard adressée au ministre Barrette mardi le 28 octobre dernier:

« Une réduction de moitié dans la représentation des usagers au conseil d'administration, associée à une nomination par le ministre qui échappe complètement aux comités des usagers, affaiblit clairement l'influence déjà très modeste des usagers au conseil d'administration des établissements. Le projet de lois ne permet certainement pas d'anticiper que les conseils d'administration seront davantage préoccupés par les droits des usagers. La seule véritable imputabilité des conseils d'administration sera envers le ministre. Le membre qu'il nommera à partir d'une liste fournie par le comité des usagers sera donc imputable au ministre, et non au comité des usagers. L'impact du projet de loi est aussi considérable pour les comités d'usagers sous d'autres aspects. En plus de perdre une certaine influence au conseil d'administration, les comités d'usagers se retrouveront dans un cadre de fonctionnement impraticable si les dispositions

qui les régissent demeurent telles quelles... Avec la mise sur pied des CISSS sur un très vaste territoire, avec des dizaines de centres de services... les comités d'usagers seront composés dorénavant de 30,40, 50 personnes éventuellement, répartis sur de vastes territoires, avec un budget très limité. Il est difficile d'envisager comment les comités d'usagers pourront s'acquitter des nombreuses responsabilités en matière de défense des droits que la (LSSS, article 212) leur attribue actuellement ».

Si la Loi est adoptée telle quelle, les usagers, eux, n'auront d'autre choix que de se donner les moyens de se faire entendre à l'extérieur du réseau. Les médias seront leurs plus sûrs alliés. On se place là en situation d'affrontement plutôt que de collaboration et de coopération. Qu'est ce que l'utilisateur y gagnera ? Qu'est-ce que le réseau y gagnera ? Qu'est-ce que le ministre y gagnera ? On changera certes de culture mais pour s'orienter vers un modèle de style américain, où la judiciarisation tient lieu de dialogue et entraîne des coûts prohibitifs.

IV- L'intégration des services : la fusion des établissements n'est pas l'unique réponse

La création des CISSS semble se justifier principalement par la volonté de réaliser une meilleure intégration des services de tous les établissements en faisant partie. Nous nous inscrivons en faux contre cette affirmation. Notre expérience passée dans les fusions d'établissements nous conduit à croire que les fameux gains escomptés en termes de coordination de services et d'efficacité n'ont pas été au rendez-vous et, quand il y en a eu, ils sont restés marginaux s'appliquant pour certaines clientèles seulement (ex : clientèle post-hospitalisée, en perte d'autonomie, clientèle orpheline sans suivi médical, planification des sorties de l'urgence). D'ailleurs le ministère⁵ lui-même reconnaissait de faibles progrès sur le plan de l'organisation des services en 2010 avec l'implantation des réseaux locaux de services.

Par contre, il est utile de rappeler que les corridors de services existent et dans la majorité des cas ils semblent fonctionnels autant en réadaptation, pour les services tertiaires et la première ligne (Ex : traumatologie, mécanismes d'accès pour les jeunes en difficulté, en alcoolisme et toxicomanie, etc..). C'est pourquoi nous doutons fortement que les intervenants des centres jeunesse, des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en alcoolisme toxicomanie trouveront pertinents d'être fusionnés avec un centre hospitalier régional voire un CHU? La tendance de l'hôpital et du corps médical à monopoliser les préoccupations des membres des conseils d'administration des CISSS n'est pas à démontrer! Qu'arrivera-t-il dans les CISSS? En quoi, la clientèle des CLSC,

⁵ MSSS, *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, 2010

des CR, des CJ seront-ils mieux servis que maintenant ? On peut s'attendre à de grandes tensions pour tous les intervenants et gestionnaires avec des effets délétères sur leur santé, leur mobilisation, voire la reconnaissance de leur expertise.

Les corridors qui font défaut sont en lien avec la première ligne médicale. Rien n'est prévu à cet effet dans le projet de loi.

- ***Fusion égale chambardement des ressources humaines pour les 5 prochaines années***

Si les économies escomptées ne dépassent pas 220 millions par an, pourquoi chambarder autant de monde alors que le budget de la santé est de 32,3 milliards. Qui dit fusion, dit beaucoup de temps dévolu à l'organisation administrative au détriment des projets cliniques. Plusieurs mémoires ont soulevé le coût d'opportunité des fusions d'établissements sur le plan de l'efficacité attendue et des gains d'échelle.

En outre, la fusion n'est pas nécessairement un facteur déterminant de l'intégration des services. Des exemples de non communication entre des services d'un même établissement, et à l'inverse, de fluidité dans l'intégration des services offerts par des établissements différents abondent. Les facteurs humains comptent pour beaucoup dans ce domaine. La clarté des objectifs qui sont fixés, des résultats que l'on attend du personnel clinique dont les médecins, des moyens qui sont mis à leur disposition, et enfin, de la formation qui leur est offerte sont des éléments plus probants pour la fluidité des services que des fusions administratives.

Ceci dit, l'intégration des services tant promise en 2004 avec la création des CSSS (et dans ce projet en 2014) est loin d'être consommée dix ans plus tard sur le plan informatique. Les CSSS n'ont même pas les outils informatiques qui aideraient les intervenants à faire un meilleur suivi de la clientèle dans les différents services (absence d'index commun, systèmes d'information qui ne communiquent pas ensemble, mise en place très variable d'un dossier commun informatisé) et rien n'est encore en place pour la prise de rendez-vous par la clientèle elle-même ou la communication directe entre usager et cliniciens. Les informations et conseils favorisant une meilleure prise en charge par les personnes elles-mêmes ne sont même pas développés par le réseau de santé! Nous sommes à l'âge de pierre dans ce domaine bien loin d'un véritable réseau de services fonctionnel permettant une diminution significative des délais de prise en charge et de la duplication de services.

Le temps serait-il enfin mûr pour des décisions **ministérielles sans appel** en matière d'uniformisation des systèmes d'information clinico administratif et la mise en place d'un dossier clinique intelligent et partageable?

V- Les vraies économies sont à venir

Actuellement le Québec est la province qui dépense le moins pour les services de santé. Le gouvernement québécois juge, à raison, important que la part des services de santé et de services sociaux ne gruge pas la totalité des revenus de la province et soit contenue dans des limites non inflationnistes. Les Québécois s'attendent à ce que cette réforme non seulement ne les prive pas de services mais que ceux-ci soient plus efficaces et plus efficaces et qu'ils coûtent moins cher. Ce message a été entendu. Le Ministre promet 220 millions d'économies par la seule abolition des Agences régionales de la santé et des services sociaux, une goutte d'eau dans l'océan du budget dédié à la santé et aux services sociaux.

Mais va-t-on à l'essentiel ? Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)⁶, les principaux facteurs d'accroissement des dépenses de santé au cours de la dernière décennie ont été les dépenses consacrées aux médecins attribuables en partie à la hausse des barèmes tarifaires des médecins, l'utilisation d'un nombre accru de services de santé dans certains domaines dont les actes médicaux, les médicaments vendus. L'émergence de nouveaux médicaments et de nouveaux outils diagnostiques et chirurgicaux a également contribué à la croissance des dépenses de santé. Le vieillissement de la population n'a représenté qu'une part relativement modeste de l'accroissement des dépenses. En revanche, les répercussions du vieillissement sur les dépenses de santé variaient considérablement d'une province à l'autre, plus importantes dans les provinces de l'Atlantique et au Québec qu'en Ontario et dans l'Ouest.

Le véritable chantier reste à entamer. Le projet de Loi 10 n'apporte pas de réponses à cela. Quelles seront donc les priorités du Ministre en cette matière?

VI- Nos propositions pour bonifier le projet de loi 10

Concernant la gouvernance

- Revenir au rôle de gouvernance centrale d'un Ministère et renforcer le pouvoir de décision des établissements créés et celui de leur conseil d'administration;
- Simplifier et harmoniser la reddition de comptes;
- Assurer l'intégrité et l'indépendance du Comité d'experts qui aura à procéder à la nomination des 7 membres indépendants du CA des CISSS avec des profils de compétence spécifique déterminés par le Ministre;

⁶ ICIS- Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2012, Institut canadien d'information sur la santé; communiqué du 30 octobre 2014

- Recruter les membres du comité d'experts au sein des organismes représentatifs de la société et des préoccupations relatives à la santé notamment en provenance du milieu universitaire, milieu associatif et communautaire, du milieu économique;
- Assurer que les représentants du personnel et des médecins soient élus par leurs instances respectives et non choisis par le Ministre.

Concernant la taille des CISSS

- Augmenter le nombre de CISSS pour atteindre un seuil acceptable en fonction de critères favorisant l'implication des communautés locales et l'identification au territoire desservi;
- Ne pas inclure les centres de réadaptation (CR) et les Centre jeunesse (CJ) dans le CISSS ni les Centres hospitaliers universitaires qui ont des missions supra régionales;
- Augmenter les budgets associés aux services de première ligne;
- Préserver les budgets des services sociaux (si les CJ et les CR sont intégrés).

Concernant le pouvoir des usagers

- Préserver les comités des usagers dans chaque installation de santé, tels qu'ils le sont présentement, sans en réduire le nombre ni le budget, plutôt que de les fusionner aux nouveaux CISSS et que les représentants des comités des usagers, au sein des conseils d'administration, demeurent au nombre de 2, nommés par les comités d'usagers eux-mêmes.

Concernant l'intégration des services

- Clarifier les objectifs d'intégration des services, des résultats attendus du personnel clinique dont les médecins, laisser la latitude dans la mise en oeuvre et enfin, soutenir les efforts par de la formation interdisciplinaire et entre établissement;
- Informatiser les informations cliniques des usagers et assurer leur partage sécuritaire et efficace dans un seul dossier accessible en temps réel autant dans les hôpitaux, les CLSC, les GMF que les cliniques privées, etc.;
- Uniformiser les listes de médicaments et des équipements ainsi que les logiciels permettant de faciliter l'échange d'information pour augmenter l'efficacité du réseau et réduire les erreurs médicales et les examens non nécessaires.

Concernant les gains d'efficience et la réduction des coûts

- Modifier le mode de rémunération des médecins pour assurer l'accès et la continuité des soins particulièrement en première ligne;
- Réviser le mode de financement de l'ensemble des soins et services des établissements notamment en privilégiant le financement par épisode de soins et que l'argent suive l'utilisateur dans son parcours de services;
- Valoriser le choix des pratiques cliniques reconnues efficaces (ex : réduction du sur diagnostic, de la surmédicalisation et l'adoption de protocoles communs, etc.);
- Concrétiser le partage de rôles tel que convenu dans les Lois professionnelles dans le domaine de la santé notamment médecins, sage femme et infirmière clinicienne et praticienne, pharmacien;
- Modifier les procédures d'achat avec les compagnies pharmaceutiques pour diminuer le coût des médicaments.

Conclusion

Nous avons exprimé plusieurs désaccords sur ce projet de Loi qui prétend favoriser et simplifier l'accès aux services par la population, contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et accroître l'efficacité du réseau en favorisant l'intégration régionale et une gestion à deux niveaux hiérarchiques. Nous croyons que la seule disparition des agences et la faible économie engendrée ne justifient pas :

- la perte démocratique engendrée par ce projet législatif;
- la disparition des établissements à mission spécifique (Centre Jeunesse et de réadaptation etc.) au profit d'établissements régionaux gigantesques;
- la perte du peu de pouvoir des usagers sur leurs services;
- la mise en veilleuse des services de première ligne et des réseaux locaux de services au profit d'une logique régionale dépersonnalisée.

Nous sommes convaincues que l'intégration des services ne sera pas réalisée par la simple fusion d'établissements.

Nous croyons cependant que les véritables économies viendront d'une remise en question importante du mode de financement des services hospitaliers, médicaux et des médicaments qui, à eux trois, constituent 61% des dépenses de santé. Nous espérons que le Ministre fera connaître les véritables priorités de son Ministère en matière de services sociaux, services de première ligne et d'informatisation clinique. Faute de quoi, tous et chacun percevront ce chambardement comme une ultime démarche bureaucratique et inutile.

Nous espérons que le processus démocratique parlementaire pourra infléchir le projet initial en remettant en question ses aspects les plus controversés. En bref, que la sagesse, le respect et l'efficacité prévaudront grâce au processus démocratique en cours.