

**Mémoire du Collectif des syndicats CSN, représentant
des professionnels et techniciens des Agences de la
santé et des services sociaux**

Pour la Commission de la santé et des services sociaux

Dans le cadre des consultations particulières 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 de santé*

Novembre 2014



**Syndicat des techniciens-nes et des professionnels-les
de la santé et des services sociaux du Québec (STEPSQ-FP-CSN)**

7595, boul. St-Michel
Montréal (Québec) H2A 3A4
Tél. : 1-800-567-2022
secretariat@stepsq.org
<http://www.stepsq.org>

Fédération des professionnelles (FP-CSN)

1601, avenue De Lorimier, bureau 150
Montréal (Québec) H2K 4M5
Téléphone : 514-598-2143
Télec. : 514-598-2491
www.fpcsn.qc.ca

Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS-CSN)

1601, avenue De Lorimier, 2e étage
Montréal (Québec) H2K 4M5
Téléphone : 514 598-2210
Télec. : 514 598-2223
www.fsss.qc.ca

Table des matières

Avant propos	4
Introduction.....	4
Commentaires généraux	8
La place d'une gouverne régionale en santé	9
Commentaires spécifiques	12
Les services à la population compromis par l'abolition du palier régional	12
La présence de dossiers orphelins dans les ASSS	13
Les impacts négatifs de la réforme sur les ressources financières et le caractère public et universel du réseau	14
Les impacts négatifs de la réforme sur le capital humain	16
La centralisation des pouvoirs et la surpolitisation des organisations de santé	17
Les restructurations en santé : la maladie chronique du système	18
Conclusion	20

Avant propos

Ce mémoire est le résultat d'une collaboration des syndicats des Agences de la santé et des services sociaux, de la Fédération des professionnelles et de la Fédération de la santé et des services sociaux de la CSN.

Le STEPSQ

Le Syndicat des techniciens-nes et professionnels-les de la santé et des services sociaux du Québec (STEPSQ-FP-CSN) est un syndicat provincial affilié à la Fédération des professionnelles de la Confédération des syndicats nationaux (CSN) et représente près de 2600 membres de catégorie 4 (techniciens et professionnels). Le STEPSQ-FP-CSN comprend treize (13) sections locales dont sept (7) sections se retrouvent dans les Agences de santé et de services sociaux (ASSS). Sa structure favorise une implication des membres, ce qui en fait un syndicat de proximité avec de fortes valeurs d'accès aux services publics.

La Fédération des professionnelles

La Fédération des professionnelles (FP-CSN) compte parmi ses membres des personnes occupant un des plus larges éventails de disciplines et de professions. Les syndicats qu'elle regroupe représentent plus de 8000 professionnelles, techniciennes et techniciens œuvrant dans différents secteurs d'activité : santé et services sociaux, organismes gouvernementaux, éducation, secteur municipal, médecines alternatives, aide juridique, intégration à l'emploi, professionnelles autonomes, organismes communautaires, etc. Cette fédération se caractérise notamment par les acquis obtenus en matière de reconnaissance de l'autonomie professionnelle des membres qu'elle représente.

La Fédération de la santé et des services sociaux

La Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS-CSN) représente près de 130 000 travailleuses et travailleurs dans les secteurs publics et privés de la santé et des services sociaux et dans les services à la petite enfance. Dans le secteur public, elle représente près de 110 000 personnes dans toutes les catégories d'emploi et dans toutes les régions du Québec. Sa grande représentativité lui permet de développer une expertise sur les grands enjeux de santé et de services sociaux.

En représentant des travailleuses et travailleurs dans toutes les catégories d'emplois, la FSSS est à même de poser un regard d'ensemble sur le réseau et de combiner, dans ses interventions, les préoccupations de ses membres dans tous les corps d'emploi.

En plus de ces membres du secteur public, la FSSS représente près de 20 000 travailleuses et travailleurs des secteurs privés : services à la petite enfance, services préhospitaliers, ressources de type familial, ressources intermédiaires, établissements privés, centres d'hébergement privés et organismes communautaires.

Introduction

Le Collectif des syndicats CSN représentant les professionnels et les techniciens des Agences de la santé et des services sociaux (ci-après le collectif), au nom de ses membres, tient à remercier la Commission de la santé et des services sociaux pour l'occasion qui lui est offerte de se prononcer sur le projet de loi n°10 (PL-10). Les professionnels, techniciens et techniciens du réseau de la santé et des services sociaux que nous représentons sont très sensibles à la réforme du PL-10 et pour de nombreuses raisons, lesquelles seront exprimées tout au long de ce mémoire.

Le Collectif a toujours été préoccupé par les réorganisations à répétition dans le réseau de la santé et des services sociaux. La toute dernière mouture, la réforme mammoth du PL-10, propose la création d'un système de santé à deux niveaux plutôt qu'à trois, ce qui nécessitera un changement en profondeur du réseau, des bouleversements importants dans les processus en place ainsi que dans la prise en charge des différentes composantes du système actuel. Or, dans toute bonne entreprise ou organisation ayant à cœur le bien-être de ses employés et la mise en place d'une structure efficace, le personnel est généralement consulté avant une réorganisation. Et combien plus lorsqu'elle est d'envergure? Il est stupéfiant de constater que non seulement le personnel salarié et les cadres n'ont pas été consultés, mais qu'en plus, les délais de réalisation de la réforme du PL-10 soient aussi courts.

La réforme proposée est précipitée, voire même peu réfléchie. Outre les quelques lignes directrices du PL-10, la très grande majorité des questions posées au Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sur l'applicabilité des articles dudit projet de loi demeurent sans réponses. En plus de l'abolition du palier régional de santé, l'inflammation sans précédent du palier local par la création de mégacentres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) – qui dans les faits se retrouve sans réel pouvoir décisionnel, sans argent additionnel, sans garantie d'efficacité ni d'amélioration de la qualité des soins – occasionne une centralisation des pouvoirs et des règlements jamais vue vers le ministre.

Par ailleurs, les composantes du PL-10 dont l'amputation de la participation citoyenne et syndicale dans les conseils d'administration des établissements de santé combinée à l'illusion d'économies potentielles avec un discours de peur sur fond d'austérité n'offrent pas une solution durable au système de santé québécois. Cette réorganisation n'est que supplémentaire et invasive. Il est à prévoir que l'organisation des services de santé sera affectée dans les prochains mois et les prochaines années par l'ensemble des dispositions de cette réforme notamment par l'abolition des Agences de la santé et des services sociaux (ASSS).

Commentaires généraux

Pour le personnel des ASSS, membres de nos accréditations syndicales, le dépôt du PL-10 a eu un effet-choc. Les sentiments ressentis par nos membres sont imprégnés de désolation et d'incompréhension pour ce qui semble être une faible considération du travail régional accompli, qui consistait en grande partie à répondre aux consignes ministérielles. Ce sentiment n'a fait que croître avec les commentaires du ministre Barrette qui, dans sa tournée des médias suite au dépôt de son projet de loi, a qualifié à mots à peine couverts le personnel des ASSS en les traitant de bureaucrates et à la radio, d'incompétents¹. Cette prise de position politique dans le débat a eu un impact important sur le moral de nos membres qui, au bout du compte, doivent participer activement à cette réforme imposée par le ministre tout en sachant que le rôle régional qu'ils jouent sera aboli. Sans compter les coupures budgétaires impressionnantes vécues dans les ASSS, mettant en péril les postes de personnels qualifiés pourtant non sécuritaires d'emploi et l'introduction d'une jeune relève (par le gel d'embauche).

Comme mentionné en introduction, l'absence d'une consultation est surprenante. Nos membres travaillant dans les ASSS auraient eu beaucoup à dire sur le PL-10 et sur les décisions prises antérieurement suite à des commandes politiques imposées par le MSSS – avec peu ou pas d'effets bénéfiques sur les soins de santé. Il est de notre avis que les choix de compressions budgétaires et de réorganisations auraient dû être étudiés avec plus de rigueur. Nous pouvons donc prétendre que tout changement d'envergure dans le réseau de la santé nécessite d'abord des discussions avec les professionnels qui le composent. Force est de constater que plusieurs recommandations de nos professionnels et techniciens n'ont pas été retenues par le MSSS dans le passé. Cette situation est préoccupante, car si le MSSS n'était pas réceptif aux recommandations des ASSS (qui connaissent le mieux le territoire et les clientèles qui les concernent) il le sera encore moins face aux revendications des méga-CISSS.

¹ Arcand, Paul. Émission radio au 98,5 FM Montréal. Entrevue radiotéléphonique avec le ministre de la Santé et des Services sociaux, Gaétan Barrette, septembre-octobre 2014.

Ce mémoire, au-delà des constats sur la façon de faire du ministre dans la foulée du dépôt du PL-10, dressera les arguments qui permettront à la Commission d'être bien au fait des effets indésirables de cette réforme : l'abolition du palier régional de santé, des services à la population qui seront compromis, un ministre avec des pouvoirs hors du commun, des économies qui ne seront pas au rendez-vous, des ressources humaines démobilisées, bref un réseau de mégastructures sans considération pour la participation citoyenne et celle des usagers.

La place d'une gouverne régionale en santé

L'abolition du palier régional de l'organisation du réseau de santé n'est pas chose banale. Afin d'éclairer certaines fédérations médicales et le ministre de la Santé, qui ont souligné que l'élimination du palier intermédiaire se traduirait par une réduction de la bureaucratie, nous leur répondons qu'ils connaissent mal les rôles et fonctions des ASSS. Le lien direct entre le MSSS et les CISSS ou encore, la création même de ces méga-CISSS, se fera probablement avec une augmentation bureaucratique importante, surtout si le ministre va de l'avant avec son projet de financement à l'activité. Nous rappelons que même si les ASSS ne donnent pas de soins directs aux patients comme pourrait le faire une équipe médicale, ce sont les ASSS qui sont les auteures d'initiatives régionales d'amélioration continue, de partenariats, de développement de services, responsables du respect des normes et de la qualité, etc. Les lignes suivantes éclaireront la Commission sur la place d'un palier régional de soins dans la préservation de l'équité et de l'universalité de l'accès.

Nécessité de préserver certains rôles des ASSS : au-delà des structures, le gros bon sens

Il va sans dire que les professionnels et techniciens de la santé sont importants pour soigner les patients malades, mais il faut également des professionnels et des techniciens pour penser le réseau, le coordonner, mieux comprendre le territoire sociosanitaire et lui assurer une architecture durable et viable à travers les dernières périodes de restrictions budgétaires. C'est en grande partie le rôle des ASSS.

La mission régionale consiste à veiller sur le bien-être de la population sur son territoire et lui assurer l'accès équitable aux services de santé dans un environnement sécuritaire. La régionalisation du système sociosanitaire a vu le jour en 1971 avec la naissance des conseils régionaux de la santé et services sociaux (ancêtres des ASSS), sous le gouvernement du Parti libéral du Québec². Le gouvernement libéral actuel défait ce que ses prédécesseurs libéraux ont jugé bon de créer, et de maintenir année après année, et ce depuis plus de 40 ans.

Dans l'optique de mieux comprendre la place du palier régional, il faut dresser la liste exhaustive des partenaires des ASSS que sont les professionnels de la santé du territoire, les établissements, les organismes communautaires, le monde municipal, la police, les partenaires du milieu scolaire, etc. Nous invitons la Commission à imaginer toutes ces instances qui devront désormais faire des liens directs avec le bureau du ministre Barrette. Cela occasionnera une microgestion importante de la part du ministre qui risque de résulter en une perte de productivité, d'efficience et d'expertise.

Par ailleurs, le palier régional est le responsable par excellence de la coordination des soins et services de santé sur son territoire, car il détient la connaissance du milieu et de sa population. Son rôle de coordination se retrouve notamment en matière de coordination des services (art. 352-370 LSSS), de gestion des ressources (art. 376-385 LSSS), d'allocation des ressources (art. 350-351 LSSS), de santé publique (art. 371-375 LSSS), d'organisation des services (art. 346.1-349) en passant par l'établissement de priorités de santé et de bien-être (art. 346 LSSS). Un vaste éventail de responsabilités qu'on ne pourrait aucunement qualifier de superflu. Comment imaginer un réseau de santé et de services sociaux fonctionnel dans ses fonctions clinico-administratives, si ce n'était pas des équipes de professionnels des ASSS formés pour le faire?

Le palier régional est également responsable de :

- la planification stratégique (se doter d'une vision sur 5 ans du réseau local de services);
- la sécurité de sa population lors des mesures d'urgence;
- la gestion des actifs immobiliers de la région ainsi que des investissements en imagerie médicale;

² ENAP. Perspective de l'état québécois : santé et services sociaux,
http://cerberus.enap.ca/Observatoire/docs/Etat_quebecois/a-sss.pdf

- la gestion de l’approvisionnement en commun;
- l’informatisation de son réseau;
- le développement d’outils de gestion pour les établissements de son territoire;
- la promotion de saines habitudes de vie;
- la surveillance de l’état de santé de la population;
- la reddition de compte envers le MSSS et de surveillance des normes;
- etc.

Somme toute, les responsabilités du palier régional peuvent surtout se résumer ainsi : exécuter tout mandat que le ministre lui confie. Les ASSS constituent donc déjà le relais du MSSS sur le territoire de la région sociosanitaire en question et ont à leurs têtes des PDG nommés par le gouvernement au pouvoir. Or, notre expérience nous démontre que les ASSS répondaient déjà aux commandes politiques du ministre, mais qu’elles avaient encore un certain pouvoir de coordination régionale, ce que le nouveau CISSS perdra avec le type de gouvernance proposée dans le PL-10.

Les régions, au même titre que les milieux urbains, ont besoin d’une considération propre en termes d’organisation des soins de santé. Par exemple, la réalité de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est bien différente de celle de l’Outaouais. Il est de notre avis qu’un bureau à Québec ne peut permettre une prise en charge efficace des réalités régionales, encore moins la recherche et l’implantation de solutions durables pour notre système de soins.

Le réseau de santé a besoin d’une coordination régionale forte avec plus de leviers pour assurer l’application des politiques publiques et pour faire avancer les choses. La perte de cette coordination aura des effets négatifs et directs sur les soins à la population. Le Collectif demande à la Commission de considérer ce point. La prochaine section traitera des commentaires spécifiques qui justifient le retrait du PL-10 dans sa forme actuelle, notamment du fait que les services à la population seront compromis par l’abolition du niveau régional de santé.

Commentaires spécifiques

Les services à la population compromis par l'abolition du palier régional

À la lecture du projet de loi et à l'abolition du palier régional, le Collectif fait l'analyse que les services à la population seront compromis ayant un effet à court et à moyen terme. La perte de cette coordination régionale aura pour conséquence une perte dans les continuums de soins et dans la mise en place de bon nombre de corridors de services.

Est-ce qu'on négociera les corridors de service à la pièce et sans vision globale? Qui verra au bon fonctionnement régional des salles d'urgence et à la diminution des temps d'attente? À la redirection des ambulances lorsque les salles d'urgence seront en surcapacité? Qui sera responsable du contrôle et de l'épuration des listes d'attente pour les services spécialisés incluant la chirurgie et pour l'imagerie médicale – veillant ainsi à l'utilisation optimale de l'ensemble des plateaux techniques des établissements notamment les blocs opératoires et les salles de tomodensitométrie? Qui s'assurera d'une concertation dans la prise en charge des clientèles vulnérables – sachant qu'il n'y a aucune étanchéité du mouvement de la clientèle entre les CISSS pour ce qui est de Montréal, et qu'en région le CISSS risque d'être bien loin des réalités locales dû notamment aux grandes distances qu'il faudra parcourir. Qui assurera l'application des plans d'action dans les établissements et l'évaluation de la performance? Qui coordonnera les tables régionales et quelles formes vont-elles prendre? À toutes ces questions, le PL-10 répond : le ministre.

On peut donc émettre l'hypothèse que des patients tomberont entre deux chaises lors de la mise-en-place de cette réforme, que l'épuration des listes d'attente ne sera pas au premier plan ayant comme conséquence l'allongement desdites listes d'attente, que le continuum de soins (1^{re}, 2^e et 3^e ligne) ne sera pas la priorité, qu'il y aura un manque d'efficacité bien plus grand via l'utilisation non optimale des plateaux techniques, que les écarts entre territoires seront exacerbés, etc. Et le patient encore une fois, devra se démêler à travers tous ces changements qui arrivent dans un moment de grands déménagements dans la région de Montréal notamment avec la construction des nouvelles installations du CHUM, CUSM et du CHU Ste-Justine.

À Montréal, le casse-tête est d'autant plus imposant qu'on propose à la région la création de cinq CISSS et la mise en place de quatre établissements suprarégionaux.

Le palier régional est le lieu de concertation par excellence pour trouver des solutions aux problèmes d'accès, pour harmoniser les services et pour assurer la mise en place de continuums et de corridors de soins. Ce palier est celui qui assure une vision équitable selon les particularités du terrain. À la lecture du projet de loi, un vide de coordination dans l'organisation des soins de santé inter-CISSS et inter-établissements naîtra et il est de la responsabilité des parlementaires de s'assurer de maintenir ce type de coordination. Ce qui étonne à la lecture du PL-10 c'est cette mise à mort de la coordination régionale. Au-delà de l'abolition de structures, on assiste à la perte d'une vision globale, territoriale et d'expertise locale, le tout noyé entre les mégastuctures et les pouvoirs suprêmes du ministre.

La présence de dossiers orphelins dans les ASSS

Le Collectif souhaite exprimer certaines préoccupations par rapport au fait que les ASSS sont déjà en mode de ralentissement de leurs activités de coordination voire même la cessation de plusieurs. Les effets négatifs prématurés de cette réforme se font déjà ressentir sur le terrain, affectant les dossiers clinico-administratifs. Voici un aperçu de certains dossiers orphelins identifiés dans divers ASSS, en commençant par les grands centres urbains. Les dossiers portant sur l'évaluation des programmes, la coordination clinique en télésanté, le continuum de soins musculo-squelettique/hépatodigestif/greffe et transplantation, les services spécialisés (dont les soins de la vision, médecine dentaire et maxillo-faciale, médecine de jour, soins intensifs), les programmes-services de déficience notamment en DI-TED pour les volets d'intégration en milieu scolaire (relation MELS-MSSS), les évaluations diagnostics et la stimulation précoce 0-5 ans ne sont pas actifs actuellement.

Le topo se poursuit dans les régions où la santé publique et les services sociaux enregistrent le plus grand nombre de dossiers orphelins : la recherche en santé publique, la santé des hommes et des femmes, la maltraitance envers les personnes âgées, la prévention des chutes chez les aînés, la coordination des tables de concertation en violence conjugale et agression sexuelle, les dépendances ainsi que l'évaluation et les mesures de la performance.

Avec les compressions budgétaires forçant un gel des embauches et le non-remplacement de postes vacants, avec le poids de l'entrée en vigueur du PL-10 : les dossiers orphelins, qui sont à nos yeux d'une importance capitale, se voient davantage négligés. La prochaine section traitera justement des effets négatifs de la réforme PL-10 sur les ressources financières disponibles en santé et services sociaux et sur la précarisation du caractère public et universel du réseau.

Les impacts négatifs de la réforme sur les ressources financières et le caractère public et universel du réseau

Il est étonnant de s'attaquer au volet clinico-administratif de la santé lorsque celui-ci est déjà très performant. Notre analyse à l'interne démontre que la proportion du budget lié à l'administration dans les ASSS n'excède pas 0.9 % du budget en santé (budget d'activités d'exploitation des agences; AS-475). Il faut bien sûr y ajouter les autres frais administratifs du réseau (MSSS et CSSS), mais ceux-ci s'avèrent être également très bas. À titre d'exemple, il est intéressant de constater que dans les écoles publiques au Québec, les dépenses administratives sont de 4,76 % alors que celles-ci s'élèvent à 13,32 % au privé³. Le public est donc très performant. Le privé, quant à lui, a comme principal objectif d'être rentable et de faire des profits. Il est malheureux qu'en envisageant des compressions dans le réseau qui est déjà saturé, le ministre risque fort de donner plus de place au privé et ainsi favoriser une médecine accessible à ceux qui ont les moyens de se la payer.

Les intentions du ministre qui accompagnent le PL-10 sont claires, il compte ponctionner 220 M\$ notamment dans le budget des ASSS (60 M\$) et de la santé publique (20 M\$). Il est à noter que cette coupure annoncée de 30 % dans le budget de santé publique aura un impact sur la prévention et la promotion de la santé, ce qui augmentera les coûts et les interventions en santé à moyen et long terme. Le ministre avait également émis un argument de fond pour atteindre l'objectif de réduction des dépenses en santé en diminuant le taux d'encadrement, un objectif qui est depuis longtemps réclamé par le Collectif.

³http://www.fcsq.qc.ca/fileadmin/medias/PDF/Financement_public_de_l_enseignement_privé/Etude-Financement-Public-Enseignement-Privé.pdf

Le ministre espère arriver à des économies de 140 M\$ en comptant notamment sur le départ à la retraite de ces cadres. Cet objectif aurait définitivement pu être accompli sans avoir à remanier le réseau avec l'ampleur proposée par le PL-10.

Pour ce qui est des préoccupations qui touchent les salariés que nous représentons, en voici un résumé — : la première porte sur l'intention du ministre de relocaliser l'ensemble des postes des ASSS et de la santé publique dans les CISSS (sauf le 10 % qui sera rapatrié au MSSS). Une question légitime se pose alors, comment le ministre compte-t-il procéder pour payer 90 % du personnel transféré dans les CISSS? Suivant cette logique, la planification d'un transfert minimum de 90 % des budgets des ASSS vers les CISSS aura été nécessaire. Il est évident que si les CISSS doivent absorber une réduction des transferts des budgets, ils devront procéder à un nombre important de mise à pied et de réduction de services. Par ailleurs, les motivations de cette fusion nous semblent maintenant claires : réduire la masse salariale et non pas d'améliorer les services à la population. Il est intéressant de constater que la littérature démontre bien que les compressions budgétaires ne doivent pas être un objectif de réorganisation en soi. Les gestionnaires ne peuvent se permettre d'avoir une confiance aveugle dans le processus de fusion, car celle-ci ne permettra pas d'emblée des économies⁴.

Bref, en tenant compte des différents scénarios proposés par le ministre pouvant avoir des impacts importants sur nos membres et sur les services publics, nous demandons que l'ensemble du financement attribué au volet administratif des ASSS et à la santé publique soit reconduit dans les CISSS si le PL-10 est maintenu afin que le salaire de nos membres suive leur relocalisation au sein des CISSS. Ainsi, les fonctions dévolues aux agences sont maintenues dans la nouvelle structure.

⁴ Weech-Maldonado R., Impact of HMO mergers and acquisitions on financial performance. J Health Care Finance. 2002 winter; 29(2):64-77.

Les impacts négatifs de la réforme sur le capital humain

Tel que mentionné, les employés et cadres des ASSS sont les premiers touchés par cette réforme puisqu'elles seront abolies purement et simplement. Le Collectif veut porter à l'attention de la Commission les effets pressentis dans les ASSS depuis l'annonce du PL-10. Le moral des professionnels que nous représentons est affecté. Que dire de celui de leurs supérieurs immédiats qui se voient déclassés et dont les opérations du quotidien sont au ralenti? Le ministre demande non seulement l'abolition des ASSS, mais il demande à celles-ci de l'aider à s'abolir. Ironie du sort. Le PL-10 apporte donc son lot de question aux directions de ressources humaines des ASSS, qui ne reçoivent que très peu d'information de leurs vis-à-vis au MSSS démontrant le caractère improvisé de ce projet de loi. Et le tout devra être prêt au 31 mars prochain? Bienvenue l'incertitude pour les prochains mois et les prochaines années.

Pour ce qui est des impacts négatifs de la réforme sur le capital humain dans son ensemble, incluant nos membres dans les établissements, le PL-10 aura pour effet de démobiliser les travailleuses et travailleurs directement sur le terrain. À cet effet, le Collectif appuie l'ensemble des autres mémoires déposés à la Commission qui vont également dans ce sens, afin de prévenir les parlementaires du désengagement et de la démotivation du personnel.

Les ressources humaines des différents établissements fusionnés devront orienter la majorité de leurs efforts et de leurs énergies vers le soutien au changement, ce qui n'augure pas bien pour le maintien des services de santé. Sans compter que le réseau devra faire plus avec moins, encore une fois.

Une méfiance anticipée verra le jour à l'égard des décideurs des CISSS nommés par le ministre, et à l'égard d'une mégastucture qui ne sera pas au rendez-vous de l'efficience tellement sa taille sera accaparante. Ces nouvelles structures devront donc gérer la perte du sentiment d'appartenance, une plus grande instabilité et une mobilité accrue des ressources, une surcharge de travail éventuelle et une augmentation possible du taux d'absentéisme qui s'en suivra.

Bref, les travailleuses et travailleurs du domaine de la santé ont raison de douter de la place que le ministre et les médecins leur font dans cette réforme. Pourtant, ce sont ces acteurs qui ont une excellence compréhension des besoins de leur clientèle et de l'organisation des soins nécessaire pour répondre à leurs besoins.⁵

Cette « organisation participative » a toujours été importante dans la planification régionale des services et qu'importe la nouvelle structure du réseau proposée par le ministre, celle-ci devrait être maintenue. De plus, il est de notre avis qu'en imposant des structures d'encadrement supérieures via la nomination de tous les gestionnaires de la structure décisionnelle, le ministre aura une emprise sans précédent sur l'ensemble du réseau ce qui ouvrira davantage la porte à la surpolitisation du réseau de santé québécois.

La centralisation des pouvoirs et la surpolitisation des organisations de santé

Le système de santé saigne d'une plaie liée à l'accroissement – bientôt sans limite – de l'ingérence politique. Cette ingérence politique, le palier régional la connaît bien malgré lui. Avec l'avènement du PL-10, les établissements-CISSS devront s'y faire, car l'ingérence au quotidien sera exponentielle de la part du MSSS. Le ministre l'a bien précisé, « le ministre décide, le CISSS agit ». Le Collectif souligne les dangers d'abus potentiels de surpolitisation à la Commission et à l'ensemble des parlementaires. La surpolitisation prendra des proportions jamais vues auparavant avec les pouvoirs que veut se donner le ministre et par lesquels il pourra contrôler d'une main de fer le réseau et éliminer les individus qu'il aura nommés et qui ne répondent pas au doigt et à l'œil à ses ordres.

Au niveau régional, l'accentuation d'une structure *top-down* telle que proposée par le ministre n'est clairement pas en faveur des territoires socio-sanitaires qui pourraient réclamer une adaptation spécifique à leur réalité. Nous suggérons donc une plus grande autonomie régionale afin de mettre en place les services nécessaires à la population, dans un environnement local, propice et exempt de surpolitisation.

⁵ Demers L. 2013 Mergers and integrated care: the Quebec experience. Int J Integr Care; Jan–Mar.

Le Collectif interpelle donc la Commission sur la centralisation hors du commun des pouvoirs que se donne le ministre. Par ailleurs, nous dénonçons également l'exclusion de la participation citoyenne à proprement parler et la surpolitisation du réseau. Avec le PL-10, le pouvoir est entre les mains d'un ministre ce qui entraînera nécessairement de l'ingérence, un manque de transparence, de la microgestion et des bris inévitables de communication. Une réorganisation de cette ampleur amènera son lot de confusion une fois que les changements seront effectifs, en commençant par un changement drastique dans le portrait syndical et tout ce qui pourra en découler sur l'application des conventions collectives.

Il va sans dire que les restructurations à la chaîne sont la véritable maladie chronique du système et le sport national de chaque nouveau gouvernement en place. Il est malheureux de constater qu'à chaque fois, ce sont les patients qui paieront au bout de compte, la facture.

Les restructurations en santé : la maladie chronique du système

Que ce soit au sein des établissements de santé et services sociaux, dans les ASSS ou encore au MSSS; la réorganisation aigüe et répétitive est devenue la maladie chronique du système de santé et des services sociaux. Les réorganisations n'ont jamais jusqu'à ce jour obtenu les effets escomptés. À contrario, elles ont plutôt fait place à un lot d'effets secondaires ressentis dans le réseau tout entier. Pourquoi faudrait-il croire que cette réforme mammoth proposée à la population québécoise et aux travailleurs de la santé, soit enfin la bonne? Tout porte à croire le contraire, et l'ensemble des mémoires déposés à cette commission en témoigne.

Le réseau a besoin d'un leadership qui met de l'avant l'innovation, la décentralisation, le respect de l'autonomie professionnelle, la création de partenariats-patients, la quête d'efficience dans un contexte d'amélioration continue, la participation active des communautés à la prise de décision et bien plus encore. Les réorganisations à la chaîne ne laissent pas au réseau le temps de reprendre son souffle, de prendre ses signes vitaux.

Cette réorganisation hypothéquera vraisemblablement les prochaines années du réseau de la santé, dans un contexte, il ne faut pas se le cacher, d'accroissement du nombre de nouveaux cas de cancer à mesure que la population augmente et vieillit, nécessitant une décentralisation des soins de santé (soins à domicile/plus proche du patient) et un investissement d'argent public dans la santé, dans les services sociaux ainsi que dans la recherche et le développement.

Une fois de plus, l'argent est le nerf de la guerre. On nous vend un discours alarmant où les restructurations mammoths semblent être la seule voie de sortie, alors qu'elles sont probablement la pathologie chronique en question. Nous voulons réitérer encore une fois qu'il serait peu envisageable que des fusions coûteuses accompagnées de budgets de transition dont les chiffres demeurent inconnus, seraient sur le plan économique, humain et sur le plan du maintien de l'offre de service, une solution qui générerait de réels avantages. Plutôt des économies fantômes et beaucoup de bouleversements. Nous ne pouvons pas nous permettre de faire l'exercice du PL-10 pour des raisons de gains politiques et de réélection.

Notons que cette réforme ne sera pas différente des autres, ce sera le professionnel de la santé qui va en subir les impacts et les dommages collatéraux se feront ressentir en premier lieu sur le patient en terme d'accès et de qualité des services reçus. L'ensemble des études démontre d'ailleurs que ce type de fusion forcée n'augmente pas la performance des organisations. La modération a bien meilleur goût, incluant celle qui limite les restructurations.

Il nous vient à l'esprit l'idée de l'économiste britannique Julian Le Grand, que les politiques publiques sont fondées sur des conceptions de l'humain. Le Grand en fait la description suivante : l'humain se comporte de façon : *chevalière*, *cavalière* ou encore *nonchalante*⁶. Celui qui se comporte de façon *chevalière* est de nature vertueuse, motivé par le désir de rendre le monde meilleur. Celui qui se comporte de façon *cavalière* est de nature égoïste, ayant le désir de tirer un maximum de profit des situations mises à sa disposition dans le but de protéger ses intérêts. Celui qui se comporte de façon *nonchalante*, est de nature passive, sans le sens de l'innovation il suivra les règles pleinement dictées.

Toujours est-il, qu'en tant que société, il faut se demander quelles sont les réelles motivations entourant une politique publique. Est-ce que le cas qui nous occupe est conduit par un désir de vertu? Par la protection de certains intérêts et par l'opportunisme? Ou encore, par une forme de passivité et de manque d'innovation? Ces questions sont légitimes dans l'analyse en profondeur d'une politique.

⁶ Jauhar, S. Doctored : The Disillusionment of an American Physician, FSG – New York, 2014, p.7.

Conclusion

Le Collectif a présenté dans ce mémoire l'essentiel de sa position sur le PL-10. Les éléments portant sur la perte de l'expertise régionale, les pouvoirs démesurés du ministre, la surpolitisation du réseau de la santé et les fausses économies potentielles sont au cœur des problèmes de ce projet de loi. Le risque de miner les services à la population est bien présent.

Le Collectif tient également à rappeler à la Commission que l'abolition du palier régional de santé n'est pas chose banale. De lourdes conséquences attendent le réseau si la coordination et l'expertise régionale de nos ASSS sont vouées à une intégration noyée dans les CISSS. Il faut se rappeler qu'on ne peut être juge et parti, le palier régional est le symbole de l'équité, de la répartition des ressources, de la connaissance territoriale et populationnelle, la participation citoyenne dans les conseils d'administration locaux, l'équilibre entre la place de la 1^{re}, 2^e et 3^e ligne médicale, et bien plus. Dans un deuxième temps, le Collectif met l'emphasis sur le caractère sans précédent de cette réforme qui octroie tous les pouvoirs en matière de santé à un seul homme, qui contrôlera approximativement 50 % du budget du Gouvernement du Québec. Cela est inacceptable d'un point de vue citoyen, syndiqué et membre du réseau de la santé. Il est de notre perception que cette réforme se fait réellement sur une base électoraliste, opportuniste et individualiste permettant au ministre de faire des économies de bout de chandelle justifiées par des valeurs néo-libérales complètement déconnectées de la réalité de notre réseau public et universel de la santé et des services sociaux.

Il est aussi de notre opinion qu'une réforme s'avère effectivement nécessaire dans le réseau de la santé. Or, celle-ci devrait davantage porter sur une décentralisation des pouvoirs et une application systématique de modèles d'évaluation des besoins et de répartition équitable des budgets en santé. Le tout, dans un esprit de collaboration, d'amélioration continue, de perspective orientée sur le patient, de respect des orientations ministérielles et de redditions de compte efficaces et pertinentes. Le gouvernement ne doit pas perdre de vue l'adaptation des services régionaux et l'application des mesures préventives en santé publique, qui doivent demeurer au centre d'une gestion axée sur les besoins de la population.

Le gouvernement se doit également de préserver le caractère public et universel de notre réseau de soins, mis en péril par le PL-10. Plusieurs l'ont rapporté : la privatisation n'améliore ni le fonctionnement, ni l'équité du système de santé, cette prestation privée échoue de faire plus avec moins⁷.

Nous demandons donc un retrait immédiat de l'ensemble du PL-10 afin de mettre en place un véritable processus de consultation permettant aux acteurs locaux et régionaux de contribuer à l'élaboration d'un système public, universel et efficace de santé et de services sociaux centré sur le patient, sur l'accès aux soins et sur l'amélioration de la santé globale de la population québécoise.

À cet effet, nous nous joignons à l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), à l'Institut du Nouveau Monde (INM) et à la CSN pour vous inviter à poser un diagnostic commun sur l'état de santé du réseau. Plus de 400 personnes ont participé à une première rencontre sur ce sujet lors du *Premier rendez-vous national sur l'avenir du système public de santé et de services sociaux* le 16 juin dernier. Un second rendez-vous se tiendra le 9 décembre prochain où seront discutées les solutions à mettre de l'avant. Nous invitons donc le ministre de la Santé et des Services sociaux à venir discuter des vraies affaires qui affligent le système de santé et de trouver ensemble les solutions durables à y apporter.

⁷ VADEBONCOEUR, Alain. Privé de soins, contre la régression tranquille en santé, Éditions LUX, 2012, p.96.