

# 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

Mémoire présenté à la commission parlementaire de l'Assemblée nationale du Québec

13 novembre 2014



Observatoire Vieillesse et Société

4545, chemin Queen-Mary, bur. C2628, Montréal, H3W 1W5

Tél:(514) 340-3540 poste 3927 - Courriel: [info@ovs-oas.org](mailto:info@ovs-oas.org)

Site internet : [www.ovs-oas.org](http://www.ovs-oas.org)



## **Comité de travail**

André Davignon, M.D.

Denise Destrempe, B. Sc. inf.

Gloria Jeliu, M.D., D.E.E.S. en bioéthique

Pierre Harel, M.D.

Joseph Hubert, Ph.D.

Pierre-Étienne Laporte, M.A.

Paula Lazar Cert. Gér., M.sc. (c)

André Ledoux, M.A., Cert. Gér.

Alida Piccolo, M. Adm., M. Éd.

Fouad Zerrouki, Cert. Gér.,  
Cert. Gestion des services de santé

**Coordination et rédaction: André Ledoux, M.A.**

# Table des matières

<b>Introduction</b>	<b>p. 5</b>
<b>Partie 1. De la <i>Loi 25</i> au <i>Projet de loi no 10</i></b>	<b>p. 7</b>
<b>Partie 2. La gouvernance et l'organisation des CISSS</b>	<b>p. 9</b>
<b>Partie 3. Vers une plus grande privatisation des soins de santé</b>	<b>p. 10</b>
<b>Partie 4. Les effets sur les services de santé</b>	<b>p. 11</b>
<b>Partie 5. Le sort réservé aux personnes âgées</b>	<b>p. 12</b>
<b>Partie 6. Commentaires sur certains articles du <i>Projet de loi no 10</i></b>	<b>p. 13</b>
<b>Conclusion</b>	<b>p. 15</b>

## **Introduction**

L'Observatoire Vieillissement et Société (OVS) est honoré d'avoir été invité directement à participer aux travaux de la commission. Nous sommes un organisme à but non lucratif qui a pour objectif principal le bien-vieillir des aînés avec en trame de fond la lutte contre l'âgisme. Nous comptons près de 7000 membres et nous célébrons cette année notre 10<sup>e</sup> année de fondation. Nous tenons à souligner d'entrée de jeu que nous sommes bien au courant des objectifs socio-économiques dans lesquels s'inscrivent plusieurs des mesures adoptées ou en voie d'adoption par le gouvernement, dont en particulier la loi 10.

Cette loi, faut-il le rappeler, propose notamment l'abolition de 18 agences de santé et de services sociaux, la suppression de 200 conseils d'administration d'établissement de santé et la réaffectation de 1 300 cadres, tout en maintenant les points de service. La loi ne mentionne aucun changement dans les régions sociosanitaires, les fondations hospitalières et les activités de recherche. Les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), chapeautés par un conseil d'administration de 13 à 15 personnes, auraient le mandat d'offrir tous les services actuellement dispensés par les établissements.

Le nouveau découpage administratif serait constitué de 21 CISSS, 16 en région et cinq à Montréal, et de quatre établissements suprarégionaux. Ainsi, pour bien savoir ce qui se passe dans le réseau, il suffira d'examiner 28 rapports annuels au lieu de 200 comme l'exigeait l'ancienne structure. Une simplification organisationnelle qui favorise le rendement et l'efficacité, tout en conduisant à un allègement de la bureaucratie.

Pour terminer, l'Observatoire Vieillissement et Société est avant-gardiste. Plusieurs sujets sur lesquels il s'est penché ont été traités ultérieurement dans les politiques gouvernementales. Grâce à ses moyens de diffusion, site internet, bulletin mensuel et conférences grand public,

présence à des congrès et colloques et représentation auprès d'organismes publics), il rejoint une majorité de personnes âgées.

L'œuvre de l'Observatoire Vieillesse et Société a été reconnue publiquement par la remise du Prix hommage du Conseil des Aînés à l'automne 2009 et par l'obtention de la Médaille du Lieutenant-gouverneur au printemps 2010. Partenaire privilégié de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM), l'Observatoire fonctionne principalement grâce au bénévolat des personnes âgées, retraitées ou préretraitées.

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

## **Partie 1. De la Loi 25 au Projet de loi no 10**

Le présent mémoire porte d'abord sur un travail de comparaison des objectifs, des rôles et des fonctions entre les agences de santé et les futurs établissements régionaux et suprarégionaux, appelés Centres intégrés de Santé et Services sociaux (CISSS).

Le réseau de la santé et des services sociaux fonctionne avec deux unités en tandem, l'unité administrative et organisationnelle et l'unité humaine effective qui fournit les soins. Ce réseau est organisé selon un mode de gouvernance à trois paliers :

- le palier central : représenté par le Ministère dont les principaux rôles sont l'allocation budgétaire et l'évaluation du système santé.
- Le palier régional : représenté par les agences de santé créées en 2003 par la *Loi 25* qui, elles, succédaient aux régies régionales elles-mêmes ayant fait suite aux conseils régionaux. Les agences constituent le relais du Ministère sur les différents territoires sociosanitaires qu'elles couvrent.
- Le palier local : représenté par le regroupement des établissements offrant des services directs à la population.

Selon la loi PL 10, en tout temps, lorsque le ministre constate qu'une agence ne se conforme pas aux prescriptions de l'article 25, il peut, pour ce seul motif, assumer l'administration provisoire de cette agence de la façon prévue à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Le ministre peut, à l'égard d'une agence, exercer tous les pouvoirs que la loi lui confère à l'égard d'une régie régionale. En outre, il peut, de son propre chef, exercer les pouvoirs prévus aux articles 499 à 501 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

Pour ce qui est de l'objectif principal des deux lois, l'Observatoire Vieillesse et Société constate que nous ne trouvons pas de divergences, bien au contraire, leurs buts sont à un certain degré semblables et analogues, soit améliorer la qualité du service, faciliter l'accès aux soins et le rapprochement des services pour la population, faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau.

Dans le PL 10, la gouvernance proposée a deux paliers contre trois dans la *Loi 25*. Les agences perdent leur statut de palier hiérarchique mais elles gardent certaines fonctions qui sont intégrées dans les CISSS. Le ministre récupère certains pouvoirs des agences actuelles de santé. Après la réforme resteront seulement deux paliers : le ministre et les établissements supra régionaux ou les CISSS. Tout rapport, document, compte rendu qui devait être transmis à l'agence de santé sera transmis au ministre.

Les pouvoirs du ministre sont clairement plus élargis dans le PL 10; plusieurs articles le confirment pour en citer que quelques-uns : Art 13 page 9, Art 19 page 10, Art 33 page 13, Art 38 page 14, Art 43 page 15, Arts 55, 56, 59 page 17, Art 73 page 20, Art 89 page 21, Art 90 page 22 ainsi que le chapitre V page 27, etc.

Pour assurer la continuité des services, les deux lois prévoient des dispositions particulières entre établissements, désignées *Ententes* pour la loi 25 et *Corridors* pour le *Projet de loi no 10*, ce qui permet d'assurer le service au citoyen dans un autre établissement régional si son établissement en fait défaut. C'est notamment le cas des services spécialisés et surspécialisés.

Dans la mise en application des deux lois, la rétention des employés est différente. Dans la Loi 25, les agences de santé remplacent les régies et tous les employés de ces dernières seront employés des agences. Alors que dans le PL 10, seulement 10% des employés des agences pourront devenir des employés du ministère. Ce qui suppose que le destin du reste des employés serait partagé entre licenciement, retraite ou intégration dans les nouveaux établissements régionaux ou suprarégionaux.

## Partie 2. La gouvernance et l'organisation des CISSS

Dans un article paru dans le journal *La Presse* du 22 octobre, l'administrateur chevronné, Bertin Riverin, reproche avec raison à la réforme Barrette, *d'avoir exclu le ministère de la Santé et des Services sociaux des efforts de rationalisation nécessaire à la réussite du projet*. Rappelons que l'organigramme du MSSS fait mention de 74 sous-ministres adjoints et directeurs, en excluant les cadres de premier niveau et ses milliers de fonctionnaires. Des États ont des modèles de gestion plus légers qui font preuve d'une grande efficacité et d'une efficacité remarquable.

La grandeur et la complexité des nouveaux territoires que les CISSS devront servir fait sourciller l'Observatoire Vieillesse et Société. En effet, la taille des nouveaux établissements, l'éloignement des sites, le risque d'une coordination boiteuse et l'absence des établissements suprarégionaux dans les régions autres que celle de Montréal pourraient nuire sans doute à la prestation des services à la population.

Il y a un danger potentiel que, compte tenu de la grosseur d'un CISSS, les hauts dirigeants perdent un certain contact avec les professionnels qui sont sur le terrain et qui livrent le service. Déjà il est difficile pour un administrateur d'une institution de garder le contact avec la base compte tenu de ses responsabilités, ce sera tout un défi de gérer de 10 à 15 établissements avec des mandats et des missions différentes et des volumes de ressources humaines qui peuvent varier entre 8 000 et 15 000 employés.

Le PL 10 propose un nouveau mode *de* nomination des membres du conseil d'administration, la nomination de certains membres par les autorités politiques et d'autres par la *cooptation*. Cette façon de procéder laisse prévoir une difficulté majeure à la lumière des études sociopolitiques sur les changements institutionnels de grande envergure. Il s'agit d'un déficit important de consultation et de participation citoyenne. Dans notre société égalitariste, cette participation au choix des élites décisionnelles est un préalable d'un changement social qui se veut efficace et efficient. Comme l'affirmait le philosophe anglais, John Locke, *authority without consent is tyranny*.



Et que dire maintenant de cette *dérive autoritaire*, comme l'a qualifié l'Association des médecins québécois pour le régime public, en parlant du pouvoir énorme que s'octroie le ministre de la Santé. Il s'agit quasiment d'un contrôle absolu et le système nous apparaît trop complexe pour être dirigé par un gestionnaire unique. Le ministre prend tout le pouvoir des agences au lieu de décentraliser vers les établissements de santé. Et l'Observatoire Vieillesse et Société fait siens les propos de l'Association des retraités de l'éducation..., l'AREQ-CSQ, qui avoue: *Nous souscrivons au principe de l'imputabilité, mais en même temps, il y a un risque d'abus de pouvoir et de politisation du système de santé. Il a été beaucoup question des nominations partisans ces derniers temps. La population décrie ce genre de pratique, il ne faudrait pas que le Projet de loi 10 les encourage.*

### **Partie 3. Vers une plus grande privatisation des soins de santé**

L'Observatoire Vieillesse et Société est très préoccupé par l'impact de ce projet de loi sur la privatisation des soins de santé. Les pouvoirs démesurés du ministre pourront forcer les futurs mégas établissements à faire appel aux services des nouvelles supercliniques qui, on peut le prévoir, seront privées comme le sont les centres médicaux spécialisés (CMS).

La mise en place de la privatisation du financement et d'un important marché de l'assurance privée pourrait bien voir le jour. Les coûts des soins de santé pourraient alors exploser et l'on pourrait assister à la survenue d'un système de santé et de services sociaux à plusieurs vitesses. Le système de santé du Québec deviendrait alors une mine d'or pour les compagnies d'assurance et les cabinets privés de médecine. Médecins spécialistes et actionnaires de ces compagnies s'en donneraient à cœur joie. Et la population en paierait chèrement le prix.

L'Observatoire Vieillesse et Société souscrit aux préoccupations de la Fédération des chambres de commerce du Québec qui soutient: *Les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), qui*

*auront les responsabilités d'organiser les soins, devront, selon la FCCQ, s'assurer de livrer les services « au meilleur coût ». Pour cela, le privé serait une option incontournable : les CISSS devraient faire appel à « divers types d'organisations pour une livraison optimale », écrit la fédération, soit le public, les entreprises privées, les coopératives et les organismes sans but lucratif. (Le Devoir, 26.10.14)*

#### **Partie 4. Les effets sur les services de santé**

D'une part, l'on peut concevoir aisément que ce projet de loi est avant tout un document axé sur l'administration et la gestion. D'autre part, les interrogations fusent quand les citoyens songent aux soins de santé. La réforme améliore-t-elle les services de santé à la population ? Le projet de loi est muet sur les prestations de soins aux patients.

Le projet de loi prévoit également une centralisation de ce qui avait déjà été fusionné par la venue des CSSS. La nouvelle réalité des centres intégrés va-t-elle permettre de bien répondre aux besoins des organisations locales ?

Nous pensons que la restructuration proposée et les pressions budgétaires auront un impact sur les soins aux personnes âgées, le climat de travail et le sentiment d'appartenance. Parfois, si les organisations sont trop grandes, nous constatons que le sentiment d'appartenance à une institution est moins présent et il y a perte un peu de fierté à travailler pour une institution et une mission données. Sous la forme actuelle de gouvernance, des citoyens peuvent se présenter et se faire entendre au conseil d'administration de l'institution, si nécessaire. Nous doutons que, dans les nouveaux supraconseils d'administration, un usager d'une institution intégrée à un CISSS puisse se faire entendre.

Pour l'Observatoire Vieillesse et Société, les questions suivantes demeurent fort pertinentes. Le projet de loi réduira-t-il le temps d'attente dans les cliniques d'urgence ? La population aura-t-elle plus facilement accès à un médecin de famille ? Les services à domicile et l'appui aux proches aidants profiteront-ils d'un progrès notable ? Le patient pourra-t-il subir une intervention chirurgicale dans un délai raisonnable ?

## Partie 5. Le sort réservé aux personnes âgées

C'est un truisme d'affirmer que les besoins de la population vieillissante s'accroissent à un rythme inquiétant. Les statistiques sont fort loquaces là-dessus. Selon l'Institut de la statistique du Québec, données pour l'année 2014, le nombre de personnes de 65 ans et plus surpassera celui des jeunes de moins de 20 ans en 2023 et l'on assiste à une croissance importante du nombre d'aînés partout au Québec. Le vieillissement, c'est donc un enjeu auquel la société québécoise reste confrontée.

Dans le PL 10, que deviendront la gériatrie et la gérontologie ? La nature, la variété et la complexité des soins requis par les personnes âgées ont beaucoup augmenté. Ces soins peuvent être de nature physique ou sociale et peuvent aller de la première ligne à la troisième ligne. Ils concernent également les modes de dispensation : maintien à domicile, intervention croissante d'aidants naturels, services ambulatoires, soins de longues durées, etc. Dans un tel contexte, la coordination et la fluidité des interventions sont plus critiques que pour d'autres personnes.

Nous pensons, à titre d'exemple, que la centralisation des services et la suppression d'un conseil d'administration de « proximité » coupera les ailes au développement de projets innovants, tel que celui de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal a entrepris. Sans tête vraiment dirigeante, comment un projet si prometteur qu'AvantÂge pourra-t-il être poursuivi ? On semble avoir oublié que *le projet AvantÂge, lancé en octobre 2014, est le premier centre de promotion de la santé des aînés à vocation provinciale qui comprend des conférences, des formations, des ateliers, etc.*

Pour l'Observatoire Vieillesse et Société, il est fondamental d'insister sur les conditions de vie de la personne âgée au Québec et de participer à améliorer la prise en charge de cette clientèle vulnérable par l'accessibilité aux services dans tous les territoires couverts par les établissements régionaux ou les CISSS. En ce sens, nous constatons la présence de services gériatriques représentés par l'IUGM dans l'établissement régional du Sud-Est-de-l'Île-de-Montréal, mais il nous est impossible d'identifier de tels services dans les autres établissements. Une question se pose, est-ce que les services gériatriques sont représentés sur tous les territoires sociosanitaires ?

## **Partie 6. Commentaires sur certains articles du PL 10**

### **Article 1**

Nous sommes d'accord avec l'objectif visé par la loi :

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

### **Article 8**

Le projet de loi prévoit seulement un membre du comité des usagers d'un CISSS. Nous estimons que cela est insuffisant compte tenu du nombre d'établissements et de missions différentes à l'intérieur d'un CISSS.

### **Article 11**

Nous saluons l'ajout du profil *jeunesse*. Nous recommandons toutefois l'ajout d'un profil *gériatrie*.

### **Article 12**

Nous sommes d'accord avec cet article. Toutefois nous déplorons la disparition des deux postes du collège électoral Population du conseil d'administration des établissements actuels. Ce collège électoral permettait à un citoyen ou une citoyenne engagée de se présenter et de se faire élire par la population. Nous proposons qu'une forme de participation citoyenne soit retenue. Par exemple, il pourrait y avoir un appel de candidatures pour des citoyens engagés à faire partie du conseil d'administration d'un CISSS. La liste pourrait être soumise pour validation au comité d'experts en fonction des profils établis.

### **Article 14**

Nous sommes heureux de constater que cette préoccupation est maintenue dans le PL 10.

### **Article 35**

Les établissements publics de la région de Montréal doivent établir, en concertation, les corridors de services requis pour répondre aux besoins de la population de la région. Est-ce qu'un des CISSS sera désigné pour assumer cette coordination? Est-ce que l'Institut universitaire de gériatre de Montréal assurera la coordination des services de première, deuxième et des services spécialisés en gériatrie?

### **Article 37**

Les corridors qui concernent les services spécialisés ou surspécialisés doivent être établis après consultation du réseau universitaire intégré de santé qui dessert la région. Il y a 2 réseaux universitaires à Montréal. Qu'en est-il des services spécialisés et surspécialisés en gériatrie à Montréal?

### **Article 56**

Article important. Il précise que pour Montréal, le CISSS du Sud-Est-de-l'Île de Montréal, exerce les fonctions et pouvoirs d'une agence à l'égard des ressources intermédiaires et des ressources de type familial. Est-ce que ceci inclut les ressources intermédiaires pour les personnes âgées?

### **Article 59, premier point**

L'établissement régional doit s'assurer de la participation de la population à la gestion du réseau de la santé et des services sociaux et s'assurer du respect des droits des usagers. Comment le fera-t-il étant donné que le projet de loi ne prévoit aucun membre élu représentant la population et que le projet de loi prévoit l'implantation d'une gestion à deux niveaux hiérarchiques?

## Conclusion

Dans un premier temps, comment ne pas souligner le peu de temps de consultation qui a été accordé aux intervenants pour étudier le PL 10 en commission parlementaire. Une telle loi ne mériterait-elle pas qu'on lui consacre le temps voulu pour bien en saisir les tenants et les aboutissants ? Pareille précipitation et la centralisation que le PL 10 annonce représente *un abus de pouvoir pur et simple*, pour reprendre les mots de la journaliste Lysiane Gagnon dans *La Presse* du 1<sup>er</sup> novembre 2014.

L'objectif de la réforme administrative est de diminuer le taux d'encadrement pour arriver à réduire les dépenses tout en améliorant les services pour le citoyen. Tout nous suggère qu'une approche de changement sociétal de type paternaliste devrait nuire à son efficacité et à son efficacité en dernière analyse. L'abolition des 1 300 postes de cadres sera-t-elle une véritable source d'économie ? Les coûts de transition de la réforme ne risquent-ils pas de réduire à des miettes les économies générées ?

Par ailleurs, comme l'affirme si bien Louis Demers, spécialiste de l'organisation des services de santé et des services sociaux, *il n'y a pas eu de démonstration que les fusions donnent d'excellents résultats*, lance Louis Demers, spécialiste de l'organisation des services de santé et des services sociaux.. *Toutes les études montrent que, lorsqu'on procède à de grands travaux de réorganisation interne, pendant quelques années, on voit de l'insécurité, des déplacements de postes, des travailleurs qui n'ont pas de chaise en arrivant le matin, etc. Tout ça consomme énormément de temps et d'énergie. À court terme, les grandes réorganisations nuisent à la cohésion du système de santé et ne permettent pas d'améliorer la qualité des soins comme le souhaite le ministre Gaétan Barrette. (Le Devoir, "Dossier Santé L'incertitude", 12 octobre 2014)*

L'observatoire Vieillesse et Société espère que, par le fait d'éliminer un palier hiérarchique représenté par les agences de santé, il en découlera une accélération du processus décisionnel, donc une meilleure gouvernance et en conséquence une amélioration des services de soins et de l'accessibilité tant aux soins généraux que spécialisés pour tous les profils de

la clientèle. L'application du PL 10 entraînera sans doute un chantier de grands changements dans la gestion du système de santé du Québec. Aussi proposons-nous, comme première étape, un projet pilote qui serait appliqué dans une seule région sociosanitaire avant la généralisation de la loi.

Pour terminer, l'Observatoire Vieillesse et Société s'inquiète profondément du fait que les médias, tous d'une même voix, et les mémoires déposés à ce jour devant la commission parlementaire sur le PL 10, conduisent à un large consensus selon lequel la réforme proposée par le ministre Barrette est loin de répondre à ces objectifs d'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services de soins à la population. Et toute révision devrait inclure une vision et un cheminement qui intègre une préoccupation d'offrir de meilleures soins accessibles à la population en général, soins aussi à des clientèles plus vulnérables comme les personnes âgées. Loin de faire l'unanimité, ce PL 10 devrait faire l'objet d'une révision en profondeur.