



# **MÉMOIRE DE MQRP PRÉSENTÉ À LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

**CONCERNANT LE PROJET DE LOI N° 10 :**

*Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*

Octobre 2014

## I-Présentation de l'organisation

MQRP est un regroupement volontaire de médecins, voué au maintien et à l'amélioration du système public de santé accessible à tous, sans distinction de moyens, par la voie d'un financement et d'une prestation des soins publics. Constitué en 2005 suite au jugement Chaouli de la Cour suprême, MQRP considère que des améliorations au système de santé s'imposent, mais qu'elles peuvent et doivent se faire dans le cadre du régime public pour être à l'avantage de toute la population.

MQRP revendique l'application intégrale de la *Loi canadienne sur la santé*, l'inscription de ses principes dans les lois québécoises et l'extension de la couverture à tous les soins et services médicalement nécessaires.

Nos objectifs sont les suivants :

- regrouper des médecins de toutes catégories pour la défense du régime public de santé au Québec et la promotion des principes de gestion publique, d'intégralité, d'universalité, de transférabilité et d'accessibilité des soins de santé ;
- proposer des solutions publiques, concrètes et équitables pour l'accès à tous les soins et services médicalement nécessaires ;
- collaborer avec d'autres organisations qui partagent les mêmes objectifs.

Nous reconnaissons la liberté des médecins d'adhérer ou non au régime public. Cependant, nous nous objectons à la pratique hybride, soit le fait qu'un médecin puisse pratiquer à la fois dans le régime public et le régime privé. Par ailleurs, dans l'un et l'autre de ces régimes, il est inacceptable que des hôpitaux et des cliniques médicales soient la propriété de sociétés commerciales.

Notre démarche se fonde sur les réalités de la pratique quotidienne de la médecine, l'analyse des données issues de la littérature scientifique et de l'économie des systèmes de santé ainsi que sur le dialogue interdisciplinaire.

MQRP compte actuellement plusieurs centaines de médecins de toutes catégories dans diverses régions du Québec. Ses activités sont aussi ouvertes aux personnes et organisations amies qui contribuent de diverses manières à ses travaux.

MQRP est partenaire de Canadian Doctors for Medicare ([www.canadiandoctorsformedicare.ca](http://www.canadiandoctorsformedicare.ca)) qui poursuit des objectifs semblables dans les autres régions du Canada.

**Comité de rédaction du mémoire :**

Dre Camille Gérin

Dre Marie-Claude Goulet

Dr Isabelle Leblanc

**Révision :**

Dr Dounia Kayal

Dr Francis Livernoche

## 2-Résumé : la gestion autocratique

Le Projet de loi 10 déposé par le ministre Gaétan Barrette, s'il est accepté et voté par la majorité parlementaire, entraînera son lot de conséquences néfastes pour l'ensemble du réseau de la santé.

En proposant une centralisation inégalée des pouvoirs, le ministre dicte une réforme de la gouvernance sans précédent. Sous prétexte d'assainir les finances publiques, le gouvernement octroie l'ensemble des pouvoirs au ministre de la Santé du point de vue des orientations du réseau, de son organisation, de sa gestion et d'une partie de la prestation des soins. Nous sommes très inquiets par ce modèle de gestion autocratique, inadapté à un système complexe et en constante évolution.

Le ministre veut non seulement réduire de manière draconienne le nombre d'établissements et de conseils d'administration - en fusionnant des établissements ayant des missions tout à fait différentes - mais il se donne aussi le pouvoir d'y nommer tous les membres de tous les conseils d'administration, ouvrant la porte à l'arbitraire et au favoritisme. Le partage des pouvoirs et la participation citoyenne, qui permettent cette gestion locale essentielle au bon fonctionnement de tout système de santé – et de toute société démocratique – seront ainsi évacués.

Cette réforme fut élaborée sans consultation, sans données claires sur l'état de la situation et des problèmes principaux du réseau alors qu'il est évident qu'une refonte de système d'une telle envergure doit être discutée, débattue et cautionnée par ceux qui en seront les principaux acteurs.

De plus, cette nouvelle restructuration risque de fragiliser les services offerts, ouvrant la porte à un secteur privé qui se présentera en sauveur d'un système de moins en moins « efficient ». Nous craignons que l'ouverture du Projet de loi 10 à la sous-traitance (puisque le ministre a le pouvoir de conclure des ententes de services avec les dispensateurs de soins privés) n'entraîne une privatisation *de facto* de certains services.

Rien dans cette réforme n'améliorera l'accès de la population aux soins, même si on veut nous faire croire que la concentration des pouvoirs permettra de diminuer les « niveaux hiérarchiques » et facilitera le transfert d'information aux patients. En l'absence de données probantes sur les problèmes et l'efficacité de la solution proposée, pendant que le réseau essaie de se remettre de la

mise en place des CSSS, que l'amélioration des services à la population n'est pas prise en cause et que de nouvelles restrictions budgétaires risquent de compromettre toute capacité d'agir, nous doutons fortement de l'efficacité des mesures proposées.

Par la concentration des pouvoirs, l'abolition des principaux contre-pouvoirs, le recul net de la participation citoyenne et le risque élevé de conflits d'intérêts, le rouleau compresseur de ce projet de loi n'épargnera personne – cadres, médecins, travailleurs et travailleuses - et nous craignons que le “remède de cheval” du PL 10 n'ait pour effet que d'affaiblir davantage notre système public.

## 3- Exposé général

### Survol des changements proposés par le projet de loi 10

MQRP a parcouru avec beaucoup d'attention et un certain étonnement le projet de loi 10. Le ministre semble croire que la seule solution pour améliorer le réseau de santé et des services sociaux soit un grand bouleversement des structures établies. Mais fait-on une chirurgie majeure avant d'avoir posé et confirmé un diagnostic ?

Le gouvernement justifie cette réforme par la diminution des coûts anticipés, sans s'attaquer aux causes réelles des augmentations que sont le prix des médicaments, les coûteux contrats de PPP (CHUs), la masse salariale des médecins et le manque de pertinence clinique de certains examens. Cette réforme utilise donc un prétexte budgétaire pour modifier complètement la structure du système.

À titre de rappel, voici les changements majeurs proposés par le projet de loi 10 :

1. Abolition des agences
2. Regroupement de nombreux établissements aux missions diverses en un seul CISSS (un par région) entraînant une diminution du nombre de C.A.
3. Modification de la composition des C.A.
  - Nommés par le ministre
  - Membres dits « indépendants » majoritaires
  - Président-directeur général choisi par le ministre parmi les membres “indépendants”
4. Ministre
  - Prescrit les règles de structure organisationnelles
  - Alloue les enveloppes budgétaires par programme/établissement
  - Émet des directives sur les objectifs, les orientations et les actions d'un établissement régional ou suprarégional.
5. Économies projetées d'environ 220 millions de dollars de façon récurrente à partir de 2017
  - perte d'emplois pour environ 1200 personnes

## Problématiques majeures de ce projet de loi

Cette réforme nous inquiète à de nombreux égards, particulièrement pour ce qui est des trois aspects suivants: la concentration des pouvoirs entre les mains du ministre et la perte sous-jacente des contre-pouvoirs ; la déstabilisation annoncée du système ainsi que l'ouverture de certains secteurs du système à la privatisation. Habituellement, un projet de loi est une réponse législative à une problématique définie et étudiée, mais le projet de loi 10 suscite beaucoup plus de questions qu'il n'offre de solutions. Il nous est présenté sans prémisse claire et explicite, ni du point de vue des valeurs et priorités du gouvernement, ni de celui de l'identification des problèmes du réseau.

Nulle part ne lisons-nous les buts globaux de la réforme, les valeurs et les objectifs sous-tendant à l'amélioration de notre système de santé. Quel est le diagnostic ? Sait-on vraiment ce qui ne fonctionne pas dans la gestion actuelle et qui justifie le dépôt de ce projet de loi ? Pourquoi cette nouvelle réforme de la gouvernance, alors que nous venons tout juste de transformer le réseau et que les impacts des CSSS et de la création des agences sont encore mal évalués ? Dans la conjoncture actuelle, il semble que la réponse sous-entendue à la question que l'on ne pose pas vraiment soit une remise en question de la gestion actuelle et des modes de gestions établis. Les véritables raisons qui justifieraient ces changements ne sont ni explicites, ni manifestes quand on observe l'état du réseau de la santé et de sa gouverne.

### 1. Modification de la composition des C.A.

#### *Justifications*

À la lecture du projet de loi, un des problèmes identifiés semble être la composition et les pouvoirs des C.A. actuels. De façon évidente, l'un des objectifs principaux de cette réforme est d'augmenter le contrôle direct du ministre de la santé sur la gestion du système. Il procèdera à la nomination de TOUS les membres de TOUS les C.A. et diminuera de façon marquée la participation du personnel et de la population à ceux-ci.

Encore une fois, nous nous demandons où est le diagnostic, quel est le problème que l'on veut régler? En quoi une gestion participative et décentralisée est contestable alors qu'elle implique de

prendre des décisions par consultations et consensus plutôt que par décrets ? En quoi la participation des acteurs du réseau de santé et de la population desservie est-elle problématique? Quel est le risque posé par des membres réellement indépendants sur un C.A. en opposition aux membres dits «indépendants » nommés par le ministre?

Revoir la composition des conseils d'administration dans le sens proposé par le projet de loi revient à affubler d'incompétences les membres actuels, sans aucune distinction, et suggère implicitement qu'ils n'ont pas les qualités nécessaires pour occuper ces postes. Est-ce bien le message que le ministre souhaite envoyer?

### *Perte de représentativité*

La majorité des membres du C.A. seront dorénavant des dits « indépendants », des gens qui ne sont pas issus du milieu de la santé et qui sont choisis directement par le ministre selon leurs compétences de « gouvernance » à partir de suggestions d'un « organisme reconnu en matière de gouvernance d'organisations publiques identifié par le ministre ». Force est de constater que le ministre ne fait donc pas confiance aux institutions publiques et à son ministère pour identifier des membres susceptibles de contribuer à la gestion du système. On voit ici une stratégie héritée de la nouvelle gestion publique, soit choisir des gens issus du milieu des affaires pour gérer des institutions publiques, comme si on gérait un établissement de santé de la même façon que l'on gérerait une usine ou une entreprise. Le président du C.A ne serait pas un représentant de l'établissement, mais bien un des membres dits « indépendant »; de même, on restreint l'accès au rôle de vice-président à des gens qui ne sont pas membres des CMDP, des CII ou des conseils multi; la gouvernance est donc hors des mains des soignants.

Sans nier l'intérêt de voir cohabiter au sein des organisations des visions et des expertises diverses et complémentaires, on peut s'interroger sur le sens même à donner au mot « indépendant ». Un administrateur peut certes être indépendant d'un établissement, mais chacun est lié à un contexte, à des organisations externes, à des mouvements de pensée, à une philosophie de gestion. Un administrateur réellement indépendant, c'est une vue de l'esprit. Et quand la seule personne qui peut désigner et révoquer la nomination de ces membres « indépendants » est le ministre, l'utilisation du terme indépendant est presque insultante. Indépendant des établissements et du système de santé mais dépendant du ministre?



En plus d'assurer au ministre le contrôle sur tous les membres des C.A., avec tous les risques de chantage, conflits d'intérêts et corruption que cela entraîne, le projet de loi diminue de façon draconienne le nombre de ceux-ci; toutes les institutions publiques de santé et de services sociaux de tout le Québec ne seront maintenant administrées que par 28 C.A. Ceux-ci devront administrer des CISSS énormes regroupant des établissements avec des missions très différentes, ce qui risque d'être très difficile en particulier pour un C.A. dont la majorité des membres ne sont pas issus du milieu de la santé.

Et la population dans tout cela? Les usagers, les représentations de la population générale –qui devrait avoir leur mot à dire dans l'administration du système de santé (certainement plus que les gestionnaires issus d'entreprises privées) qui leur est destinée, voient leur accès à l'administration s'étioler. En effet, en 2005 au Québec il y avait près de 800 représentants de patients et de la population au sein des C.A. des établissements; post réforme il n'y en aura que... 28<sup>1</sup> ! C'est comme si on considérait que la participation de la population desservie par les établissements était une embûche plutôt qu'une plus-value.

Cette diminution de la représentation de la population, des usagers, des professionnels de la santé et autres acteurs de la communauté interne sur les conseils d'administration, conduit à un déficit démocratique et une perte d'influence du public et des professionnels sur les établissements qui existent pourtant pour ce public et par ces professionnels.

Du même souffle, les méga-fusions rendront le rôle des CMDP très difficile; comment est-ce que tous les médecins, dentistes, pharmaciens de tant d'institutions pourront-ils se réunir et avoir des discussions pertinentes et concrètes pour améliorer les soins? Ils ne pourront vraisemblablement pas représenter de façon adéquate leurs membres et risquent de devenir des coquilles vides.

Y aura-t-il de la place pour la critique? Les cadres nommés par le ministre, les conseils d'administration nommés par le ministre, les CMDP réduits à leur plus simple expression, il semble que la voix des acteurs du réseau soit muselée. La loi facilite également le renvoi de certains administrateurs et la mise en tutelle de C.A., ce qui rend encore plus ténue la probabilité que des voix s'élèvent contre les directives du ministère.

---

<sup>1</sup> Avec le projet de loi 10, on abolit tous nles postes de représentants de la population et on ne retient plus qu'un seul représentant des comités d'usagers.

## 2. Fusions forcées et déstabilisation générale

Qu'est-ce qui justifie, concrètement, un nouveau changement de gouverne dans une période où la plupart des experts s'accordent pour dire qu'il faut plutôt consolider la précédente ? Pourquoi demander maintenant à un réseau dont les ressources sont sous tension un nouvel exercice complexe et laborieux d'adaptation ?

L'ensemble du réseau se remet à peine de la mise en place des CSSS suite aux fusions forcées d'établissements en 2005 (qui avaient été votées sous le bâillon par le ministre Couillard lors de cette fameuse « réingénierie de l'état »), avec, entre autres, les conséquences suivantes, qui on peut le prévoir seront probablement amplifiées avec les nouvelles méga-fusions :

- Des diminutions de services de première ligne
- Transfert d'argent des CSSS vers les hôpitaux en cas de manque-à-gagner
- Éloignement des services de la population (particulièrement frappant en régions rurales où les points de services se partagent les programmes de soins)
- Une diminution des programmes préventifs
- Une absence de processus décisionnel démocratique
- Un personnel démobilisé et peu impliqué dans les décisions les concernant (pensons à la taille des nouveaux CMDP qui ne pourront écouter et résoudre adéquatement les enjeux et problèmes de tous leurs membres)
- Des intervenants et des cadres qui consacrent davantage de temps aux déplacements
- La création de méga-établissements entraîne la confection d'organigrammes complexes, aux paliers décisionnels plus nombreux et plus lourds

L'autre conséquence des dernières fusions forcées fut l'évacuation de la mission des « petits » établissements – CLSC, CHSLD, centres de réadaptation, directions de santé publique, etc. – au profit des hôpitaux, alors que les besoins prioritaires touchent d'abord la première ligne, le soutien à domicile, la prévention et les services sociaux. Plus les centres de gestion sont éloignés de la population, plus la première ligne est mise de côté et moins les services peuvent s'adapter aux besoins de la population.

La rapidité d'imposition de ces changements sera un grand facteur de déstabilisation –on voit déjà que le processus d'attribution des PREMS cette année est perturbé par l'incertitude de l'agence face à son rôle et ses responsabilités. Il nous semble aussi évident que cette nouvelle restructuration va encore une fois fragiliser les services offerts, ouvrant la porte à un secteur privé qui se présentera en sauveur d'un système de moins en moins « efficient ».

Si le passé est garant de l'avenir, on peut constater qu'à chaque fois qu'on fragilise et déstabilise le système public, on augmente les risques et les possibilités de privatisation.

### Nouvelle gestion publique et ouverture à la privatisation

La déstabilisation à prévoir suite à cette réforme ainsi qu'un mode de gestion calqué sur la gestion des entreprises privées pourra avoir une conséquence non planifiée (ou non avouée) : l'ouverture à la privatisation des soins et services sociaux. D'abord, le PL10 ne règlera aucun des enjeux flagrants du système actuel, comme la difficulté d'accès aux soins (que ce soit par un manque de disponibilité de ceux-ci ou à cause de barrières financières comme les frais "accessoires" qui leur sont imposés) ou le manque d'intégration entre la première ligne et les services spécialisés. Ce principe s'inscrit au Québec dans la croyance véhiculée par certains groupes à l'effet qu'une « saine » concurrence entre le privé et le public serait la panacée, notamment pour limiter la croissance des coûts, alors que rien à notre connaissance ne permet de supporter cette affirmation.

Le contexte actuel où la gestion axée sur la performance est reine ouvre directement la porte à une concurrence non souhaitable. Elle permet dans un premier temps la mise sur pied d'une concurrence à l'intérieur du système public et dans un deuxième temps celle d'un système privé-public où le principe directeur est la concurrence ouverte, laquelle est d'ailleurs amorcée par la création des centres médicaux spécialisés et le laisser-aller autour des frais accessoires illégaux. Il faut travailler à l'accès pour tous et non à l'accès selon les moyens, lequel serait inévitablement favorisé à moyen terme si le projet de loi est adopté.

Les changements amorcés depuis une dizaine d'années et élargis par le projet actuel sont de nature à miner graduellement les principes d'accessibilité, d'universalité, d'intégralité et de gestion

publique qui doivent continuer à baliser notre service de santé si l'on souhaite faire face, de manière compétente et efficace, aux défis des prochaines décennies.

### *Concurrence entre établissement et sous-traitance*

Il est également difficile de passer sous silence le fait que ce projet de loi s'inscrit à notre avis dans la continuité d'une panoplie de mesures permettant d'entrevoir avec de plus en plus de netteté un système de santé où il y aurait concurrence entre des établissements privés et publics, ce qui serait une grave erreur. Cette concurrence sera favorisée par l'adoption du "mode de financement à l'activité" et pourra faciliter l'éclosion de services privés et la sous-traitance vers ceux-ci.

Deux articles en particulier nous inquiètent dans ce projet de loi; les articles 59 et 80<sup>2</sup>, qui, en ouvrant la porte à la sous-traitance forcée, ouvre aussi la porte à la privatisation de soins et services. Nulle part n'est-il fait mention que les ententes de services doivent être faites avec des établissements publics; nulle part voit-on la volonté de garder les soins dans le giron public. Les ententes de services et la sous-traitance nous ramènent aux même problématiques que celles démontrées par les PPP: marchandisation des soins, perte de contrôle sur les coûts, frais juridiques pour faire respecter les contrats, risques de perte de qualité des soins et services puisque le but ultime n'est plus la santé mais le profit.

---

<sup>2</sup> ("80. En plus des fonctions qu'il assume en vertu de l'article 383 de cette loi, le ministre peut, dans la mesure où il estime que les besoins d'optimisation des ressources le justifient et après avoir consulté l'établissement public ou privé conventionné concerné, obliger un tel établissement à utiliser les services d'un groupe d'approvisionnement en commun ou à participer à un processus d'appel d'offres mené par un tel groupe. Un tel établissement peut se soustraire à cette obligation en démontrant, à la satisfaction du ministre, que les objectifs visés par la décision de celui-ci ne seront pas atteints. »

59. 12° le ministre est responsable de soutenir les établissements dans l'organisation des services et d'intervenir auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes de services visant à répondre aux besoins de la population ou, à défaut d'entente et conformément à l'article 105.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, de préciser la contribution attendue de chacun des établissements;

59.13° le ministre doit permettre, afin de faciliter la conclusion d'ententes visées au paragraphe 12°, l'utilisation de nombreux modèles d'ententes types

## Conclusion : un projet de loi à retirer

En conclusion, nous demandons au gouvernement de faire une pause et de bien considérer les impacts de ce projet de loi avant de procéder à son adoption rapide. Il faut d'abord confirmer le diagnostic des maux du système avant de choisir le traitement approprié plutôt que de procéder à une intervention hâtive, majeure et irréversible.

Nous, Médecins québécois pour le régime public, croyons que ce projet de loi devrait être retiré. Nous croyons qu'une telle refonte de la gestion du système de santé n'est justifiée en rien et que l'absence d'énoncé de principes doit faire douter sérieusement de son bien-fondé. Les risques inhérents à la gestion de tout le système de santé par un ministre et les administrateurs qu'il nomme directement nous semblent dangereux et antidémocratiques. La participation citoyenne à la gestion et au choix des orientations de notre système public devrait dépasser le geste de faire une croix sur un bulletin de vote une fois tous les quatre ans. Pour garantir le droit à la santé et protéger le bien commun, il est impératif de remettre la notion de service public au cœur de la gestion et de redonner le pouvoir d'administration aux citoyens et aux soignants.

Les chamboulements majeurs et rapides et son ouverture claire à la sous-traitance entraînera la déstabilisation importante de tout le système et ouvrira la porte à la privatisation passive (et peut-être même active). La qualité des soins aux patients et la réponse aux besoins locaux de la population seront compromis si ce projet de loi est adopté.

Nous pouvons reprendre la conclusion de notre analyse du projet de loi 127 en 2011 : « La gestion doit être un moyen et non une fin. Au service d'une mission de service public définie par la loi, elle ne doit pas en définir les prémisses ».

Nous nous opposons à une telle dérive dans la gestion du système de santé et croyons que le gouvernement du Québec doit cesser d'accumuler les réformes administratives, mais plutôt mettre au cœur des décisions la mission clinique et les services publics destinés à servir l'ensemble de la

population, avec la participation de celle-ci, des acteurs du réseau, des gestionnaires et de la classe politique, en mettant véritablement le patient *et la population* au centre des décisions.