



Projet de loi 10 en santé et services sociaux

C'EST MALADE COMME RÉFORME!



Le projet de loi 10 visant à modifier l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux est catastrophique. Si celui-ci est adopté tel quel, le système de santé, le personnel et les services aux patients subiront de graves perturbations pendant de nombreuses années.

Les nouveaux centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) engloberont les agences de la santé et des services sociaux (CSSS), les centres de santé et de services sociaux, les centres de réadaptation et les centres jeunesse. Ils assureront la prestation des soins et des services à la population et ils relèveront directement du ministre de la Santé et des Services sociaux, ce qui constituera une concentration de pouvoirs jamais vue au Québec.

Le gouvernement souhaite réduire la bureaucratie pour réinvestir les sommes dans l'offre de services. Toutefois, son projet de loi centré sur l'hôpital ne propose aucune mesure concrète pour améliorer l'accès aux services sociaux et de santé. Il compromet même certains services, comme la prévention, la santé publique, les soins à domicile, etc.

Pire, la réforme n'est pas encore en vigueur que déjà elle affecte les services à la population : le réseau subit de nombreuses compressions et coupes de personnel de première ligne.

Selon le gouvernement, sa réforme permettra d'économiser 220 millions de dollars annuellement, mais seulement en 2017-2018, ce qui est peu pour un virage d'une telle ampleur et très hypothétique. Au contraire, cette réforme risque de coûter plus cher, les imprévus et les coûts de transition étant ignorés de l'équation. De plus, aucun scénario précis ne confirme de réelles économies. Le ministre Barrette a d'ailleurs déjà admis que cette réforme entraînera des coûts supplémentaires de 150 millions en 2015-2016.

Bien que le gouvernement inscrive son projet de loi dans le cadre de son plan d'austérité devant mener à l'équilibre budgétaire, il s'agit en fait d'une réforme purement idéologique visant essentiellement une réduction du rôle social de l'État. D'ailleurs, le gouvernement profite de l'occasion pour attaquer les droits syndicaux des travailleuses et travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux.

Manifestement, le plan du gouvernement est calqué sur la réforme de la santé albertaine, qui s'est avérée un échec retentissant : hausse des coûts de santé, augmentation très importante de la bureaucratie, déclin de l'offre de services et de l'accessibilité aux soins. Pourquoi s'inspirer d'un modèle qui est grandement critiqué, notamment par la p.-d. g. même de la grande agence de santé de cette province ?

Les consultations publiques débuteront le 20 octobre 2014 et se feront sur invitation seulement. La loi devrait entrer en vigueur le 1^{er} avril 2015.

10 RAISONS pour rejeter la réforme Barrette



1 CHAOTIQUE

- Il faudra plusieurs années pour rendre possiblement fonctionnels les CISSS.

2 NARCISSIQUE

- Le mot *ministre* revient 98 fois dans le texte. Le mot *patient*, pas une seule fois. On trouve plutôt 12 fois le terme *usager* référant davantage à la marchandisation de la santé.

3 ÉHONTÉE PAR SON INGÉRENCE POLITIQUE

- Le ministre aura le contrôle total du système de santé et il profitera d'un pouvoir arbitraire sans précédent.

4 PEU RASSURANTE

- Aucune garantie quant à l'accès à un médecin de famille ou aux soins de santé.

5 PRÉCIPITÉE ET ANTIDÉMOCRATIQUE

- Menée dans l'urgence, sans réelle volonté de consultation et excluant la citoyenne et le citoyen de la prise de décision.

6 ÉCONOMIQUEMENT DISCUTABLE

- Pas convaincante quant aux économies annoncées. L'exemple de l'Alberta est un échec.

7 POUR LES AMIS

- Accélération de la privatisation du réseau engendrée par les nouvelles ententes de gestion avec les divers partenaires. Risque élevé de favoritisme et de copinage.

8 PRÉOCCUPANTE POUR LES RÉGIONS

- Centralisation des services dans les grands centres.

9 DÉSTABILISANTE, INQUIÉTANTE ET ANTISYNDICALE

- En plus de vivre avec des compressions et des coupes de postes, le personnel sera dans un grand remue-ménage sans trop savoir qui fait quoi, où et comment !

10 MALADE

- Imiter la réforme albertaine de la santé, qui s'est soldée par un retentissant échec en faisant exploser les coûts et en réduisant l'accès aux services.



Projet de loi 10

Un diagnostic erroné, un traitement néfaste

Enjeux	Les objectifs de la réforme Barrette	Dans les faits...
<p>Le changement de structure : rien pour les patients</p>	<p>L'intégration des services dans de nouveaux établissements à mission élargie serait assurée pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • offrir un parcours de soins plus accessibles ; • améliorer la qualité et la sécurité des soins ; • accroître l'efficacité et l'efficacéité du réseau de la santé et des services sociaux. <p>Les structures et la bureaucratie seraient allégées pour permettre de meilleures gestion et gouvernance ainsi qu'une plus grande imputabilité.</p> <p>Une gestion à deux niveaux hiérarchiques serait implantée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il ne répond pas aux besoins de la population ni aux défis liés à l'organisation des soins et des services de santé (p. ex. accès aux services de première ligne et à un médecin de famille, soins à domicile, services d'urgence engorgés, hausse des besoins d'hébergement et de soins de longue durée). • Il en résulte une fragilisation des services de première ligne et une réduction des programmes sociaux et de prévention. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • L'élimination des structures n'entraîne pas une plus grande offre de services. Il y a création de paliers additionnels à l'interne. Exemple : la réforme de la santé de 2004 qui a mené à la création des CSSS a fait bondir le nombre de cadres dans le réseau. • En Alberta, les conséquences de la gestion à deux niveaux hiérarchiques du réseau sont telles qu'en 2013, la p.-d. g. de l'Alberta Health Services (la mégastructure chapeautant le réseau) a admis l'échec de cette centralisation et elle a demandé au gouvernement, notamment, de réinstaurer les niveaux hiérarchiques décisionnels dans les milieux pour permettre une meilleure offre de services.
<p>Une centralisation néfaste pour les régions</p>	<p>Chacune des seize régions sociosanitaires aurait un CISSS, sauf Montréal qui comptera cinq établissements régionaux et quatre établissements suprarégionaux.</p> <p>Les CISSS couvriront donc de très larges territoires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le niveau de gestion local est aboli. Les établissements déjà existants deviendront des points de services. • Ces mégastructures entraîneront une centralisation de certains services dans les grands centres (plutôt qu'une offre sur l'ensemble du territoire) et un alourdissement des procédures. • L'éloignement et la complexité des CISSS nuiraient à l'offre de services parce qu'ils rendraient difficiles : <ol style="list-style-type: none"> 1) la prise en compte de la réalité des régions, 2) l'identification des besoins spécifiques, 3) l'organisation des réseaux locaux (p. ex. les réalités de La Tuque et de Drummondville sont très différentes). • Certaines missions spécifiques risqueront de disparaître. • Les régions seront d'une certaine façon mises en tutelle.

<p>D'énormes pouvoirs pour un ministre</p>	<p>Les conseils d'administration (CA) dans le réseau chuteront de 200 à 28 et ils seraient, par exemple, abolis dans les hôpitaux.</p> <p>Le ministre de la Santé déterminera la composition, le mandat et la qualification des membres des CA des établissements régionaux et suprarégionaux, de même que le fonctionnement et les pouvoirs de ces instances.</p> <p>Seul le ministre pourra nommer les membres des CA, dits indépendants, de même que les présidents-directeurs régionaux des CISSS.</p> <p>Le ministre aura le pouvoir :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) de fusionner plus d'établissements s'il juge que cela permettra une meilleure continuité de soins ; 2) de prévoir, par règlement, les règles relatives à la structure organisationnelle de la direction des établissements publics ainsi que toute autre mesure liée à l'organisation des ressources humaines ; 3) d'émettre des directives aux établissements (objectifs, orientations et actions à poser) afin d'assurer le fonctionnement du réseau ; 4) d'intervenir auprès des établissements pour favoriser la conclusion d'ententes de service ; 5) d'intervenir directement dans le fonctionnement des établissements « si des gestes incompatibles avec les règles de saine gestion sont posés ». <p>Il bénéficiera d'un large pouvoir réglementaire pour faciliter l'application de la loi. (Ces règlements ne sont pas soumis aux obligations de publication.)</p> <p>Le poste de commissaire régional aux plaintes sera aboli.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un risque très élevé d'ingérence politique est présent : <ol style="list-style-type: none"> 1) importante concentration du pouvoir dans les mains du ministre de la Santé, 2) pouvoirs discrétionnaires démesurés du ministre. • Il y a recul majeur de la participation citoyenne et risque élevé de favoritisme et de copinage : <ol style="list-style-type: none"> 1) baisse du nombre de CA dans le réseau et abolition dans les hôpitaux, 2) pouvoir du ministre de nommer les p.-d. g. de chacune des régions et la majorité des administrateurs. • On assistera à une accélération de la privatisation, en raison notamment des risques d'infiltration des intérêts privés dans les CA et des nouvelles ententes de gestion avec divers partenaires. • Le ministre de la Santé jouira d'un pouvoir arbitraire sans précédent. • Le contrôle total du système de santé est confié au ministre. • Le ministre décide des soins de santé de toutes les régions du Québec et les planifie, les organise, les coordonne et les supervise. • Cette centralisation empêche le palier local et le personnel soignant de prendre des décisions adaptées à leur réalité régionale. • Le ministre peut intervenir auprès des établissements pour favoriser la conclusion d'ententes de services ; le projet de loi ouvre la porte à la privatisation (p. ex. entente avec des cliniques privées). <p>Si les citoyennes et citoyens ont un problème, les recours seront plus difficiles à exercer.</p>
<p>Des économies difficiles à prouver</p>	<p>Des économies récurrentes de 220 millions seront réalisées en coupant dans les structures administratives et la bureaucratie, notamment par l'abolition de plus de 1000 cadres.</p>	<p>Aucun scénario précis ne démontre la réalisation d'économies et leur réinvestissement dans le réseau pour améliorer l'accès aux services sociaux et de santé.</p> <p>Toutes les fonctions et les responsabilités rapatriées à Québec exigeront de nouveaux outils de contrôle, structures et ressources, ce qui engendrera un coûteux chaos administratif n'améliorant en rien les services à la population (p. ex. fusion des services de la paie, dossiers du personnel à transférer, service informatique).</p> <p>Aucune prise en compte des imprévus et des coûts du virage n'est envisagée pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • préparer la transition, • accompagner les cadres, • former et encadrer le personnel, • constituer de nouvelles équipes, • construire de nouveaux outils de communication. <p>Les analyses financières et budgétaires complètes n'ont pas été rendues publiques. Où sont les données probantes qui justifient une transformation aussi importante ?</p>

Les coûts du système de santé québécois

Le projet de loi vise à réduire les coûts de l'administration publique dans le réseau de la santé et des services sociaux.

C'est au Québec que les dépenses des administrations publiques en santé par habitant sont les plus basses, comme en témoignent les chiffres de 2013:

1) Québec	3 952 \$
2) Nouveau-Brunswick	3 944 \$
3) Alberta	3 978 \$
4) Nouvelle-Écosse	4 445 \$
5) Île-du-Prince-Édouard	4 456 \$
6) Terre-Neuve-et-Labrador	4 695 \$
7) Ontario	4 888 \$
8) Saskatchewan	4 951 \$
9) Manitoba	5 034 \$
10) Colombie-Britannique	5 458 \$
Canada	5 458 \$

(Source: INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION EN SANTÉ (2014).
Dépenses de santé du secteur public, par province et territoire et au Canada.)

Entre 2003 et 2014, les coûts généraux de santé au Québec ont augmenté de 70%. Les secteurs qui ont connu la croissance la plus rapide sont les immobilisations (230%), la rémunération des médecins (103%) – elle a plus que doublé – et les dépenses de médicaments (73%). Quant aux coûts liés à l'administration, ils ont évolué moins rapidement que les coûts généraux (31% contre 70%).

(Source: INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION EN SANTÉ (2014).
Séries D1 Dépenses totales de santé par affectation de fonds, par province et territoire.)

La réorganisation du personnel

Le projet de loi prévoit des mesures de transition pour les employées et employés:

- 31 mars 2015: les employés d'une agence ou d'un établissement deviendraient automatiquement des employés du nouvel établissement.
- 1^{er} avril 2015: certains employés des agences seraient des employés du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- La Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales (la loi 30) et les conventions collectives continueraient à s'appliquer.
- La date d'entrée en vigueur de la fusion des établissements, permettant de déterminer les accréditations syndicales, sera fixée à la date suivant de 30 jours celle de la signature des ententes collectives pour au moins 90% des salariés visés.

Les CISSS seront des mégastructures couvrant des territoires immenses et concentrant les pouvoirs au sommet de la pyramide.

- Le projet de loi ne prévoit rien pour assurer la stabilité et la composition des équipes soignantes ainsi que l'attraction et la rétention du personnel. Pire, la réforme risque d'empirer la situation.
- Avec la création des CISSS, les espaces de dialogue entre la direction et le personnel disparaîtront. Les directions risquent de ne plus être disponibles pour rencontrer le personnel.
- Il n'y aura plus aucune place pour le développement du sentiment d'appartenance du personnel: difficile de développer un tel lien avec l'employeur quand le CISSS couvre des centaines de kilomètres.
- En supprimant l'autonomie des établissements, on empêche l'initiative et l'on nuit au climat de travail.

Les droits syndicaux bafoués	Les articles 108 et 109 prévoient que la loi 30 s'appliquera. Par conséquent, une unité de négociation ne peut inclure que les salariées et salariés dont le port d'attache se situe dans la même région.	Si la réforme est adoptée, tous les travailleurs et travailleuses d'un CISSS devront être syndiqués dans la même organisation, selon les catégories d'emploi déterminées par la loi 30. Le droit démocratique de ces personnes de choisir l'organisation syndicale qui les représente est donc balayé du revers de la main par le gouvernement.
	L'article 146 prévoit que la date où la fusion d'établissement sera en vigueur est réputée être la date qui suit de 30 jours celle de la signature des conventions collectives touchant au moins 90% de l'ensemble des salariées et salariés du réseau de la santé et des services sociaux.	Les organisations syndicales négocieront donc une convention collective pour des personnes qui, 30 jours après la signature de l'entente, ne seront plus représentées par elles.
	Les libérations syndicales seront revues à la baisse.	Le gouvernement souhaite réduire radicalement le nombre de libérations syndicales et, par le fait même, la capacité des personnes déléguées à réellement savoir ce qui se passe sur le terrain. Exit la démocratie syndicale.

Perspectives

Un gouvernement qui agit sans mandat clair de la population	Le projet de réforme était absent de la plate-forme santé du Parti libéral du Québec (PLQ).	Lors de la dernière campagne électorale, le PLQ n'a jamais révélé ses intentions de faire une réforme d'une telle ampleur dans le réseau de la santé et des services sociaux.
D'autres réformes à venir	Il s'agit de la première étape d'une vaste transformation du système de santé. D'autres réformes sont à venir, dont le financement à l'activité et l'implantation de nouveaux modèles de collaboration avec le personnel de la santé.	Les systèmes de classification, de codification et de tarification des épisodes de soins, la pierre angulaire du financement à l'activité, s'avèrent très complexes et entraîneront une importante lourdeur administrative.
La réforme cauchemardesque de l'Alberta	<p>Le projet de loi 10 est calqué sur la réforme albertaine des soins de santé de 2008, qui visait à réduire les coûts pour réinvestir ces sommes dans les services de première ligne et dans l'accès aux soins.</p> <p>La stratégie de l'Alberta: fusionner ses conseils régionaux de santé pour créer l'Alberta Health Services (AHS), une mégastucture contenant seulement deux niveaux hiérarchiques, soit le ministre de la Santé et le p.-d. g.</p> <p>Aujourd'hui, cette province a le système de santé le plus centralisé au Canada.</p>	<p>La réforme albertaine a empiré la situation dans le réseau: hausse des coûts, augmentation très importante de la bureaucratie et déclin dans l'offre de services, incluant les délais interminables d'attente pour les patients.</p> <p>En raison du manque de transparence de l'AHS entourant les dépenses de santé, la population a perdu confiance.</p> <p>Selon Robert Gerst, chroniqueur au <i>Edmonton Beacon</i> et auteur du livre <i>The Decline of Health Services in Alberta</i>, quatre facteurs expliqueraient la faillite de la réforme:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) la centralisation pour une meilleure coordination et un plus grand contrôle, 2) l'objectif d'économie d'échelle pour réduire les coûts, 3) l'augmentation de la fréquence d'utilisation dans une optique d'optimisation, 4) les mesures de performance et les cibles pour améliorer la performance et la reddition de compte. <p>En 2013, l'actuelle p.-d. g. de l'AHS, Janet Davidson, a proposé au gouvernement albertain de renoncer à la centralisation et à la réalisation d'économies d'échelle. Elle a affirmé qu'il était primordial de rétablir les niveaux hiérarchiques et de faire en sorte que la prise de décision liée aux soins des patients puisse être réalisée le plus près possible des milieux. Selon elle, il faut assurer une très grande latitude dans l'organisation du travail de manière à permettre aux milieux de s'ajuster aux besoins des régions.</p>

Des solutions si simples !

Plutôt que de centraliser les pouvoirs, le gouvernement du Québec doit :

- Freiner la croissance du secteur privé en santé.
- Renforcer l'expertise publique.
- Hausser l'autonomie professionnelle du personnel.

Quelques-uns des nombreux moyens pour y parvenir :

- Instaurer une assurance médicaments entièrement publique donnant au gouvernement un réel pouvoir de négociation avec les entreprises pharmaceutiques pour freiner la croissance des coûts des médicaments et économiser 1 milliard de dollars annuellement. De plus, il serait possible d'économiser 2 milliards de dollars de plus annuellement en révisant la politique du médicament qui accorde de multiples avantages fiscaux et industriels à ces multinationales.
- Retirer la possibilité aux médecins de s'incorporer, ce qui permettrait de récupérer 150 millions de dollars annuellement de revenus fiscaux selon certaines estimations.
- Permettre au personnel soignant d'exercer réellement les actes délégués que la loi modifiant le code des professions lui a accordé en 2003.
- Favoriser la reconnaissance des qualifications du personnel soignant pour rendre plus rapides le diagnostic et l'accès aux traitements (ordonnances collectives).
- Augmenter l'accessibilité aux sages-femmes.
- Accroître les services de prévention et de santé publique.
- Hausser l'offre de soins à domicile.
- Assurer la complémentarité et la stabilité des équipes de soins.
- Reconnaître l'expertise et l'autonomie professionnelles.
- Revoir les ratios personnel/patients ou personnel/bénéficiaires garantissant la prestation de soins sécuritaires et de qualité.
- Réduire le recours aux heures supplémentaires obligatoires et à la main-d'œuvre indépendante.
- Requérir l'implication des professionnelles et professionnels dans l'analyse des problèmes et l'identification des pistes de solution.

