

MÉMOIRE

DÉPOSÉ À LA COMMISSION DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX

Le 12 novembre 2014

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

PROJET DE LOI N° 10 - PRÉLUDE D'UN DÉMANTÈLEMENT ANNONCÉ

FÉDÉRATION
INTERPROFESSIONNELLE
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC



Table des matières

| | |
|---|-----------|
| Avant-propos | i |
| Introduction | 1 |
| Chapitre 1 - 2003-2014 : Deux réformes, une même idéologie..... | 5 |
| Chapitre 2 - Organisation des soins et impacts pour les professionnelles en soins | 20 |
| Chapitre 3 - Un pouvoir absolu | 26 |
| Chapitre 4 - Une réforme au service de la grande entreprise | 32 |
| Chapitre 5 - La FIQ : fer de lance du syndicalisme de proposition .. | 41 |
| Conclusion | 47 |
| Résumé des recommandations | 50 |
| Annexe 1 - Liste des organismes d’approvisionnement en commun pour les régions sociosanitaires du Québec au 28 juin 2014 | 51 |
| Annexe 2 - Tableau des solutions fiscales et mesures de contrôle des dépenses | 52 |

Avant-propos

i

La Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec — FIQ représente près de 65 000 professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires, soit la majorité des infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes qui travaillent essentiellement au sein du réseau public de santé. Cet enracinement au cœur du réseau de la santé alimente son expertise, prisée et reconnue par les décideurs de tous les horizons. L'expertise de l'organisation se compose donc d'expériences de travail très variées auprès de divers types de bénéficiaires des services du réseau de la santé et des services sociaux.

Témoins privilégiées du système de santé au quotidien, les professionnelles en soins sont à même de constater les multiples effets des inégalités socioéconomiques sur la santé, de même que les impacts parfois déplorables des décisions prises à tous les niveaux de la structure politique et hiérarchique. La FIQ, en tant qu'organisation syndicale, représente une très vaste majorité de femmes qui sont à la fois professionnelles de la santé, travailleuses du réseau public et usagères des services. Elle vise, par ses orientations et ses décisions, la préservation des acquis sociaux, une plus grande égalité et davantage de justice sociale.

Forte de cette mission, la FIQ a toujours participé activement aux diverses consultations qui ont marqué l'histoire du système de santé et de services sociaux québécois. Que ce soit au sujet de la planification stratégique des instances qui composent le système de santé, de projets de loi visant à en modifier le fonctionnement ou de tout autre sujet qui l'interpelle, la Fédération s'est toujours portée à la défense des intérêts et des préoccupations des membres qu'elle représente, mais aussi de ceux de la population. La qualité des soins et des services, leur accessibilité et leur capacité à répondre aux besoins de la population comptent parmi les plus importants enjeux sur lesquels la Fédération se penche. Elle a également toujours soutenu une ouverture du réseau à la participation démocratique, fait valoir l'importance de la prévention et de la promotion de la santé et revendiqué, pour le Québec, le maintien d'un système de santé et de services sociaux empreint de valeurs sociales-démocrates.

Introduction

1

En tant qu'organisation représentant près de 65 000 professionnelles en soins, la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec - FIQ est bien évidemment interpellée par le projet de loi n° 10. Les infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes qu'elle représente sont au cœur du système de santé public. Il ne fait pas de doute que sans leur apport, sans leur expertise professionnelle et sans les valeurs qui les animent, le ministère de la Santé et des Services sociaux et le gouvernement libéral auraient certainement plus urgent à faire que de rejouer dans les structures et concocter des manœuvres administratives aux accents mercantiles.

Parce qu'elles sont présentes partout, dans l'ensemble des missions offertes par le réseau public de santé, les professionnelles en soins acquièrent très rapidement une fine connaissance des rouages du réseau public de santé ainsi qu'une vision d'ensemble qui leur permettent d'apprécier ce qui fonctionne bien et ce qui pourrait être amélioré. Puisque l'action de prendre le pouls des professionnelles en soins, afin d'obtenir en quelque sorte l'ECG du système public de santé tel que le vivent les membres de la FIQ au quotidien, n'a visiblement pas été envisagée par le gouvernement avant l'élaboration du projet de loi n° 10, la Fédération, qui les représente, vous soumet ces constats par le biais de ce mémoire.

Par ailleurs, de par leurs professions, les membres de la Fédération ne sont pas confinées dans des tours d'ivoire, mais plutôt impliquées de manière directe, concrète et quotidienne auprès des patient-e-s et des usager-ère-s du système public de santé. Malgré le fait que l'on tente parfois de chronométrer et de réduire la relation qui les unie aux patient-e-s qu'elles soignent à des colonnes de chiffres, elles demeurent néanmoins des témoins privilégiées des besoins et des frustrations des patient-e-s à l'égard des services qu'elles-ils reçoivent. En ce sens, riche de ce vécu ancré dans la réalité, la FIQ aime penser qu'elle est également une ambassadrice de premier ordre en regard de ce qui doit et de ce qui devrait être fait de manière à accroître la satisfaction des usager-ère-s du réseau public de santé.

À cet égard, il ne fait aucun doute que l'accès déficient aux soins de première ligne demeure, et de loin, l'irritant principal, le foyer de l'insatisfaction des Québécoises et Québécois envers leur système public de santé. Même si, d'ordre général, les usager-ère-s sont satisfait-e-s une fois qu'elles-ils sont pris-es en charge, il demeure que la porte d'entrée aux soins et aux services de santé est souvent difficile à trouver, trop souvent fermée, souvent mal huilée. Cette réalité, les élu-e-s la connaissent bien, puisque sondage après sondage, enquête après enquête, ces faits sont

2

démontrés. Et c'est aussi la raison pour laquelle il semble pratiquement impossible de faire une campagne électorale sans promettre quelque chose qui viendra calmer cette angoisse de ne pas avoir accès aux soins et aux services de santé quand on en a besoin. On se souviendra notamment que l'ancien premier ministre Jean Charest s'était fait élire en 2003 en promettant d'éliminer l'attente sous toutes ses formes, promesse que lui et son ministre de la Santé de l'époque n'ont bien évidemment pas respectée.

D'ailleurs, lors de la dernière campagne électorale, le Parti libéral du Québec prenait acte de l'urgence de répondre au besoin d'un accès accru aux soins de première ligne en proposant essentiellement deux mesures : l'ouverture de cliniques médicales ouvertes 24/7 ainsi que l'embauche de 2000 infirmières praticiennes spécialisées. Voilà des projets qui ne manquent pas d'ambition et qui sont collés sur les besoins des Québécoises et Québécois. Comme ces deux mesures phares de la dernière campagne constituaient les principaux engagements des libéraux en matière de santé, la FIQ s'attendait à ce que le gouvernement actuel fasse des annonces et des suivis en ce sens, et ce, rapidement.

Comme vous n'êtes pas sans le savoir, une proportion d'environ 21 % de la population n'a toujours pas accès à un médecin de famille¹. Une proportion encore plus importante se rend également à l'urgence pour des soins non urgents, faute d'avoir accès en temps opportun aux services de leur médecin puisque celui-ci est souvent disponible uniquement selon des plages horaires limitées et ne parvient ainsi pas à combler la demande. Cette surutilisation de l'urgence, comme porte d'entrée aux soins de santé, comporte plusieurs conséquences néfastes pour le système de santé et entraîne une mauvaise utilisation des fonds publics.

Pourtant, chose assez rare dans la communauté scientifique, il existe un large consensus auprès des expert-e-s s'intéressant à l'organisation des soins de santé à l'effet que les soins de première ligne demeurent un élément déterminant de l'efficacité d'un système de santé dans un pays donné. En effet, une première ligne déficiente risque d'engendrer des problèmes de santé populationnelle majeurs, de créer des casse-têtes administratifs et des pressions supplémentaires sur la 2^e et 3^e ligne. De plus,

¹ Daoust-Boivert, Amélie, Étude : *Un Québécois sur cinq est sans médecin de famille*, Le Devoir, 27 mars 2013

on s'entend sur le fait que pour être efficace et pour procurer les effets escomptés, une première ligne doit :

- Offrir des services suffisants pour répondre à la demande, être accessibles, être de proximité et être basés sur le besoin et non la capacité de payer des patient-e-s;
- Offrir des soins et des services intégrés aux services de 2^e et 3^e ligne;
- Offrir des soins et des services par des équipes multidisciplinaires où chaque professionnelle en soins occupe pleinement son champ de pratique, de manière à mettre en profit son expertise et son expérience, et ce, en complémentarité avec ses collègues.

D'emblée, le projet de loi n^o 10 stipule que la réforme proposée vise à « (...) favoriser et [à] simplifier l'accès aux services pour la population, [à] contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et [à] accroître l'efficacité et l'efficacité de ce réseau » (article 1, al. 1). Dans ses multiples communications entourant la présentation du projet de loi, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Gaétan Barrette, a spécifié à maintes reprises que l'objet du projet de loi n^o 10 était de « placer le patient au cœur de l'organisation du système de santé ».

À ce titre, la FIQ doit avouer que les principes ainsi énoncés séduisent. Voilà des années qu'elle répète sur toutes les tribunes qu'il est essentiel et souhaitable, à tous points de vue, d'investir massivement dans l'accès aux soins de première ligne, pas toujours en investissant plus, mais surtout en investissant mieux. À cet égard, les prémisses ainsi posées par le ministre de la Santé laissent entrevoir des changements aussi salutaires que nécessaires. L'opération séduction s'est cependant très vite estompée à partir de l'article 3 du projet de loi qui traite des établissements régionaux. Bien que la FIQ détaillera de manière plus précise dans les prochaines pages de quelle manière ce projet de loi stimule et attise sa stupeur plutôt que son bonheur, elle peut d'ores et déjà affirmer qu'il n'existe pas de lien entre les mesures proposées par le gouvernement et les prémisses énoncées qui devraient les guider. D'ailleurs, la FIQ s'explique mal le fait que le ministre de la Santé, lui-même, a stipulé, lors de son allocution à l'OIIQ, le 3 novembre dernier, que le projet de loi n^o 10 n'allait pas régler les problèmes d'accès aux soins de santé. Pourquoi mentionne-t-on, alors, en prémisses de projet de loi n^o 10 que c'est là son objectif? Le projet de loi n^o 10 serait-il le prélude à quelque chose d'autre? Comment juger de la

4

qualité d'un projet de loi sans avoir le portrait global de la démarche qu'il vise?

Par ailleurs, la FIQ ne peut que déplorer l'absence complète de mesures destinées à améliorer les conditions d'exercice des professionnelles en soins qui, rappelons-le à nouveau, tiennent le réseau de la Santé à bout de bras. Pourtant, il est de notoriété publique que les professionnelles en soins évoluent dans des conditions souvent précaires et que le recours au temps supplémentaire obligatoire est un véritable fléau qu'il faudrait endiguer d'urgence, si tant est que l'objectif est réellement d'améliorer l'accès aux services et la sécurité des soins.

Ainsi, il apparaît trompeur de prétendre vouloir améliorer la sécurité des soins sans pour autant prévoir des mesures agressives visant à mettre fin, une fois pour toutes, aux pratiques institutionnalisées du recours au temps supplémentaire obligatoire ainsi qu'à la dilapidation des fonds publics via l'embauche des professionnelles issues d'entreprises privées de placement en soins. De la même manière, il nous apparaît difficile d'envisager d'améliorer l'accès et la sécurité des soins sans s'attaquer au fardeau de tâches inhumain des professionnelles en soins et en ne leur offrant pas des ratios de patient-e-s sécuritaires. Autant d'éléments qui, malheureusement, ne trouvent pas d'écho dans le projet de loi n° 10.

En somme, si le projet de loi ne traite pas de l'accès aux soins et services de première ligne ni de conditions d'exercice sécuritaires pour les professionnelles en soins, de quoi s'agit-il au juste?

Chapitre 1

2003-2014 : Deux réformes, une même idéologie

5

UNE RÉFORME À FAIBLE TENEUR DE LÉGITIMITÉ DÉMOCRATIQUE

Le 25 septembre 2014, le ministre de la Santé et des Services sociaux déposait à l'Assemblée nationale le projet de loi n° 10. Ce projet de loi se veut la proposition d'une énième réforme du réseau de la santé et des services sociaux. Il vient modifier de façon considérable l'organisation des soins et la gouvernance au sein des différentes composantes du réseau. Quelles sont les véritables motivations du gouvernement pour justifier un tel bouleversement? Pourquoi ce projet de réforme n'a-t-il pas fait l'objet de consultations lors de sa préparation? Que s'est-il passé entre l'élection du mois d'avril 2014 et le mois de septembre pour justifier une réforme d'une telle ampleur? Les réponses à ces questions ne se retrouvent pas dans le programme électoral du Parti libéral. En effet, lors de la dernière campagne électorale, le Parti libéral n'a jamais annoncé ou prétendu qu'il cherchait un mandat pour modifier en profondeur le réseau de la santé au Québec. Tout au plus, retrouvons-nous dans le document définissant le cadre financier, la mention de réduire les méandres bureaucratiques du réseau de la santé et de l'éducation, et ce, afin de réduire les dépenses de l'État². Fallait-il décoder, à la lecture de ces deux petites lignes du cadre financier, les intentions de l'actuel gouvernement à l'égard des services de santé et de services sociaux?

LE-LA PATIENT-E AU CŒUR DU SYSTÈME : UNE IMAGE BIEN COMMODE

Lors de la conférence de presse suivant la présentation du projet de loi, le ministre a mentionné que l'organisation des soins, proposée par le projet de loi, ainsi que le type de gouvernance qui s'y rattache, ont pour objectif de corriger les « *dysfonctionnements de notre réseau* ». Le manque de coordination entre les différents secteurs et la difficulté d'accès aux services de première ligne sont parmi les dysfonctionnements observés par le ministre. Dorénavant, selon la prétention du ministre, le-la patient-e sera au cœur du réseau et il est inconcevable que les dédales de la bureaucratie aient pour effet de compliquer l'accès aux différents services. En somme, le projet de loi s'inscrit, toujours selon le ministre, « *dans un exercice de changement de culture* ». Cet exercice, auquel nous convie le ministre, semble pourtant bel et bien engagé depuis quelques dizaines d'années. Marc-Yvan Côté, en 1990, alors qu'il était ministre de la Santé, voulait également mettre le « *citoyen au cœur du système* ».

² Parti libéral du Québec, *Cadre financier. Parti libéral du Québec. Élection générale 2014. Ensemble on s'occupe des vraies affaires.* p. 2.

6

Alors que l'immense chantier de la réforme de 2003, adoptée sous le bâillon par le gouvernement libéral précédent, n'est toujours pas terminé, et surtout, qu'il ne soit pas encore possible d'en mesurer tous les impacts, la FIQ s'explique mal la hâte du nouveau ministre de la Santé et des Services sociaux d'introduire une nouvelle réforme visant l'atteinte d'objectifs similaires. En effet, en date d'aujourd'hui, certains centres de santé et de services sociaux (CSSS) en sont encore à finaliser l'intégration des différentes missions au sein du nouvel établissement et leur réseau local n'est toujours pas déployé suffisamment pour répondre aux impératifs de la dernière réforme. Par conséquent, la FIQ s'interroge sur l'utilité du projet de loi n° 10, puisqu'il propose une intégration encore plus importante des services de santé et de services sociaux.

Malgré le caractère inachevé de la précédente réforme, la FIQ constate que les modifications suggérées dans le projet de loi n° 10 s'inscrivent dans la même lignée, la même stratégie et la même idéologie que celles ayant inspiré les auteurs du projet de loi n° 25 en 2003. Ainsi, dans l'optique d'améliorer la fluidité et l'accès aux soins, le projet de loi propose d'élargir la notion de services intégrés afin d'inclure les missions des centres de réadaptation (CR) et des centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) dans les nouveaux centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS).

Or, les évaluations n'ont pas permis de démontrer que l'intégration des services de santé, au sein des CSSS, améliore la fluidité entre les services ou encore donne un meilleur accès à ceux-ci. En effet, dans son rapport de 2013 sur la performance du système de santé et de services sociaux³, le Commissaire à la santé et au bien-être précise que, parmi les lacunes identifiées du système de santé, se trouve le manque de coordination entre les services et l'accès aux services. Certains auteurs, parmi lesquels se trouve le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), font le constat que la réforme de 2003 a surtout modifié les structures et n'a pas eu d'impact significatif sur l'amélioration et l'accès aux soins⁴. De nombreux

³ Commissaire à la santé et au bien-être, *La performance du système de santé et de services sociaux 2013. Résultats et analyse*. Gouvernement du Québec 2013.

⁴ Bourque Mélanie, Quesnel-Vallée Amélie. *Intégrer les soins de santé et les services sociaux du Québec : la réforme Couillard de 2003*. Observatoire des réformes de santé, 24 mai 2014. Gladu François-Pierre. *Que retenir des six ans de Couillard?* SantéInc. Septembre/octobre 2008. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation, *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de santé et de services sociaux*, gouvernement du Québec. Mai 2010.

Québécoises et Québécois n'ont toujours pas de médecin de famille et les salles d'urgence sont encore aussi bondées. Par conséquent, pour la FIQ, il apparaît peu probable, compte tenu de l'expérience passée, que l'intégration de nouvelles missions au sein d'un même établissement ait un impact significatif à l'égard de l'accès aux soins et à une plus grande fluidité entre les services.

Alors qu'en 2003, l'agence régionale de santé et de services sociaux (ARSSS) assumait, avec chacun de ses CSSS et leurs réseaux locaux, la responsabilité d'offrir des services intégrés de santé pour l'ensemble du territoire couvert par l'agence, le législateur propose maintenant un seul CISSS par région et un seul réseau régional pour la totalité du territoire. Une partie des pouvoirs, des fonctions et du personnel des ARSSS est intégrée à l'intérieur de cette nouvelle structure. Selon l'évaluation réalisée en 2010 par le MSSS au sujet de l'implantation des réseaux locaux⁵, il est prématuré de mesurer les impacts des réseaux locaux en regard de l'accès aux soins et de la fluidité entre les services puisque plusieurs CSSS sont encore à l'étape de finaliser l'intégration des différentes missions au sein de l'établissement. D'autant plus qu'ils n'ont pas encore réussi à développer des liens significatifs et durables avec les partenaires du réseau local. Devant cet état de fait, il apparaît peu réaliste, pour la FIQ, de vouloir mettre en place un réseau régional couvrant un vaste territoire et de croire que ce dernier viendra améliorer l'accès aux soins.

Un des principes mis de l'avant lors de la réforme de 2003 et maintenus par le projet de loi n° 10 est celui de la responsabilité populationnelle. Ce principe constitue la pierre d'assise du concept des soins de santé intégrés. Pour offrir ce type de services et espérer améliorer l'accès aux soins de santé, il faut entre autres que le CSSS et son réseau local d'organismes et de partenaires soient en mesure d'offrir des services de santé complets et universels à la population vivant sur le territoire. La concrétisation de la responsabilité populationnelle, en regard de l'offre de services, se retrouve dans les projets cliniques et organisationnels dont la coordination incombe depuis 2005 aux CSSS⁶.

⁵ Id.

⁶ Projet de loi n° 83, *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et de services sociaux et d'autres dispositions législatives*. 2005, chapitre 32.

Une application stricte de la responsabilité populationnelle implique que la population d'un territoire donné est tenue de recourir aux services de santé et de services sociaux offerts sur son territoire. En contrepartie de cette inscription de la population, les CSSS ont la responsabilité de coordonner l'offre de services de santé et de services sociaux qu'ils doivent offrir à cette dernière. Or, pour les Québécoises et Québécois, la liberté de choisir l'endroit où elles-ils reçoivent leurs soins de santé demeure une valeur importante qui relègue à l'arrière-plan la pertinence de la notion de territoire. Par conséquent, l'application fragmentaire du concept de la responsabilité populationnelle, telle que définie par l'Organisation mondiale de santé (OMS)⁷, est imputable en partie aux particularités du système de santé québécois⁸. De plus, le peu d'implication des médecins qui œuvrent dans la communauté à la réalisation du projet clinique fragilise davantage l'application intégrale de la responsabilité populationnelle⁹. Devant cet état de fait, la FIQ demeure perplexe quant à la pertinence de maintenir un modèle de soins intégrés en sachant que les éléments essentiels à sa réalisation ne sont pas tous présents. Il est utopique de croire que la seule fusion des établissements au sein d'une même région va remédier aux multiples difficultés d'application de la responsabilité populationnelle observées depuis la réforme de 2003.

UNE RÉFORME ÉCONOME, VRAIMENT?

Il est toujours pertinent de se rappeler, surtout en contexte d'austérité, que les dépenses les plus considérables du système de santé ne sont pas toujours celles que l'on croit. Ainsi, le ministre affirme qu'il va récupérer de façon récurrente un montant d'environ 220 millions de dollars en 2017 en diminuant le nombre de cadres, en fusionnant les ARSSS et les établissements au niveau régional. Selon l'expression populaire voulant que le passé soit garant de l'avenir, il serait sans doute plus sage de ne pas trop miser sur de futures économies, car celles promises lors de la réforme de 2003 ne se sont jamais concrétisées. Pour la FIQ, cette démonstration reste donc à faire.

⁷ Boelen Charles. *Vers l'unité pour la santé. Défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé*. Document de travail OMS 2001.

⁸ Article 6, *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. L.R.Q. c. S-4.2. Le patient a le droit de choisir son professionnel ainsi que son établissement.

⁹ Précitée, note 3 (MSSS).

D'ailleurs, si le gouvernement libéral avait une réelle volonté de diminuer les coûts du réseau de la santé et des services sociaux, il agirait là où ça compte. Ainsi, selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)¹⁰, le Canada a dépensé en 2014, 63,5 milliards de dollars pour les hôpitaux, ce qui représente 30 % des sommes totales dépensées pour les soins de santé. Ce montant de dépenses est en hausse de 2,1 %. Toutefois, les médecins et les médicaments sont responsables de 31 % des dépenses, ce qui représente un montant total de 67,2 milliards de dollars. Les dépenses de ces deux composantes du système de santé sont en hausse de 5,3 %.

Par ailleurs, les prévisions de l'ICIS démontrent que le Québec dépensera, pour 2014, près de 12,2 milliards pour les hôpitaux ce qui représente 26.5 % des sommes totales dépensées pour les soins de santé. Par rapport à l'année dernière, il y a une hausse de 2.4 %. Cependant, les médecins et les médicaments sont responsables de 34 % des dépenses et ces dernières totalisent un montant total de 15,6 milliards de dollars. Les dépenses de ces deux composantes du système de santé sont en hausse de près de 8 %¹¹.

Les dépenses liées aux médecins ont crû, entre 2003 et 2014, de 120 %. Elles sont passées de 3,1 milliards à 6,9 milliards de dollars.

Pour un gouvernement qui se dit préoccupé par l'état des finances publiques, la FIQ ne peut que déplorer l'absence de mesures, dans le projet de loi, qui permettraient d'endiguer cette hausse des dépenses en santé relatives aux médecins et aux médicaments.

Ainsi, la FIQ trouve curieux que l'efficacité du réseau soit uniquement supportée par les coûts liés aux dépenses des établissements. Un projet de loi qui prétend avoir comme objectif d'augmenter l'efficacité au sein du réseau (article 1), ne devrait-il pas inclure des dispositions visant un meilleur contrôle des coûts générés par les médecins ainsi que ceux engendrés par les médicaments? Pour la FIQ, une réelle volonté d'augmenter l'efficacité doit se traduire également par une « juste part » dans la contribution des trois grandes sources de dépenses du système de santé. À l'heure actuelle, il est clair que cet effort n'est pas équitablement réparti.

¹⁰ Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances relatives aux dépenses de santé 1975-2014*, octobre 2014.

¹¹ Id. Tableau D.5.1.1 *Dépenses totales de santé par affectation de fonds. Québec de 1975 à 2014, dollars courants*

UNE RÉFORME MAL ADAPTÉE AU CONTEXTE QUÉBÉCOIS

Au-delà du caractère incertain des économies à réaliser, le ministre propose une réforme qui, selon sa prétention, place le-la patient-e au cœur du réseau. Celle-ci, toujours selon le ministre, améliorera l'accès aux soins et rendra les interactions plus fluides entre les différents services.

Pour justifier les nouvelles propositions de modification de l'organisation des soins et de la gouvernance du réseau, le ministre réfère aux trois objectifs contenus dans le projet de loi n^o 10. Ces objectifs sont « *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 du réseau* » (article 1). L'atteinte de ces objectifs est tributaire, selon le ministre, de la mise en place de la nouvelle organisation de soins proposée par le projet de loi.

La formule suggérée a pour effet de pousser un peu plus loin l'intégration des soins débutée en 2003 lors de la création des CSSS. En effet, si le projet de loi est adopté, tous les services de santé et les services sociaux seront offerts par un seul établissement pour une région donnée. Lors de la conférence de presse, le ministre a mentionné s'être inspiré du système *Kaiser Permanente* et de la *Cleveland Clinic* pour élaborer le concept des CISSS. Or, bien qu'il soit tout à fait opportun et utile de s'inspirer de ce qui se fait ailleurs, il est judicieux de se rappeler que certaines particularités de ces systèmes sont difficilement applicables en sol québécois. Par exemple, les médecins du système *Kaiser Permanente* sont des salarié-e-s et sont soumis-e-s à une évaluation annuelle de leur performance. De plus, tous les dossiers des patient-e-s sont informatisés. La réalité du Québec est tout à fait différente¹², ce qui fait en sorte qu'il devient utopique de croire que nous obtiendrons les mêmes résultats sans appliquer intégralement les mêmes pratiques ou à tout le moins sans tenter de s'en rapprocher de façon maximale¹³. Le projet de loi n^o 10 ne répond pas à ces exigences, car il

¹² Précitée, note 3. p. 33 Au Canada, le Québec occupe le 10^e rang. La performance du Québec est qualifiée de critique.

¹³ Robert Perreault, médecin et professeur associé à la Faculté de médecine de l'Université McGill. *Des inspirations incomplètes*. La Presse. 29 octobre 2014 et voir aussi : Schull, Michael. *Healthy debate Opinion : Can Kaiser Permanente's be replicated in Canada?* 9 juin 2014.

se limite à proposer uniquement une structure qui s'apparente à celle du système *Kaiser Permanente*, mais demeure silencieux quant aux autres éléments nécessaires à la mise en place d'un véritable système de services de soins de santé intégrés.

Par ailleurs, en matière d'inspiration, le ministre aurait eu avantage à retenir l'expérience albertaine avant de présenter le projet de loi n° 10. Depuis quelques années, la structure du réseau de la santé en Alberta est constituée de deux niveaux hiérarchiques, soit le ministère de la Santé et un seul établissement provincial, dirigé par une présidente-directrice générale (PDG). Contrairement au Québec, les services sociaux albertains ne font pas partie du réseau de la santé. Dans son bilan de l'automne 2013¹⁴, la PDG de l'*Alberta Health* suggère au ministre de la Santé albertain de refaire une décentralisation en créant de nouveaux paliers afin de se rapprocher des patient-e-s. De plus, elle fait le constat que la performance n'est pas aussi impressionnante que celle qui avait été promise lors de la centralisation des services¹⁵, et ce, malgré le fait que l'Alberta dépense plus que le Québec pour les soins de santé.

UNE RÉFORME QUI PLACE LES STRUCTURES AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

Pour corriger ce que le ministre qualifie de « *dysfonctionnement du réseau* » et faire en sorte que le-la patient-e se situe au cœur du réseau, le ministre propose une fois de plus, une réforme axée sur les structures. Dans les faits, tous les établissements publics d'une région sociosanitaire seront fusionnés pour former le CISSS et l'ARSSS sera intégrée à ce dernier¹⁶. Les nouveaux CISSS auront à offrir des services et des soins pour les cinq missions prévues à la *Loi sur les services de santé et de services sociaux*¹⁷.

Après une lecture attentive du projet de loi, un premier constat affligeant se dégage : la disparition du palier local. En effet, la création d'établissements

¹⁴ Davidson, Janet. *Review of the Alberta Health Services, Organization and Structure, and Next Steps*. Septembre 2013.

¹⁵ Daoust-Boisvert, Amélie. *À contre-courant?* Le Devoir. 4 octobre 2014.

¹⁶ À l'exception de Montréal et du Nord québécois.

¹⁷ Précitée, note 7, article 79.

et des réseaux régionaux sous-tend que la réalité locale perd de son sens et de son importance. En formant des établissements régionaux (CISSS) couvrant l'ensemble du territoire de la région sociosanitaire¹⁸, le gouvernement fait disparaître les CSSS, les centres hospitaliers, les CPEJ, les CR et les réseaux locaux. De ce fait, on retranche le palier le plus près des citoyennes et des citoyens. En optant pour cette voie, la FIQ croit fermement que le gouvernement fait fausse route et s'éloigne des objectifs qu'il prétend vouloir atteindre. Pour la Fédération, l'intégration des ARSSS est un leurre puisqu'elles continueront d'exister sous une forme différente dans les nouveaux CISSS.

La FIQ déplore également que les conséquences liées aux créations d'établissements régionaux aient pour effet d'occasionner une perte des soins de proximité. En effet, la Fédération est convaincue qu'il y aura disparition de certains centres d'activités au sein du nouvel établissement régional pour éviter les dédoublements et permettre des économies d'échelle¹⁹. Par conséquent, les patient-e-s devront se déplacer davantage pour recevoir certains soins puisque plusieurs CISSS sont situés dans de vastes régions sociosanitaires couvrant plusieurs centaines de kilomètres. Il sera encore plus difficile pour les CISSS de concilier les besoins d'une population à la fois urbaine et rurale afin que les besoins de tou-te-s soient satisfaits.

Par ailleurs, rien dans le projet de loi n° 10 ne garantit que la qualité des soins soit plus élevée dans un CISSS. Il en va de même pour l'amélioration des soins. Encore une fois, l'expérience albertaine est révélatrice quant à l'absence de corrélation directe entre l'intégration des soins et l'augmentation de la qualité de ces derniers²⁰. De plus, en prenant en considération le projet de loi n° 15 actuellement à l'étude, lequel vise à contrôler les effectifs dans le secteur public et à freiner leur renouvellement, la FIQ est convaincue que ces mesures auront des répercussions directes sur la qualité des soins à la population. D'ailleurs, la Fédération vous invite à prendre connaissance du mémoire qu'elle a présenté à la Commission des Finances publiques sur le contrôle des

¹⁸ À l'exception de Montréal.

¹⁹ Article 133 du projet de loi n° 10.

²⁰ Précitée, note 12.

effectifs, intitulé « Projet de loi n° 15 : une menace à la disponibilité, à l'accessibilité, à la sécurité et à la qualité des soins », le 31 octobre 2014.

La Fédération est perplexe face aux différents paramètres ayant servi à déterminer quels seront les établissements visés par les fusions. Pourquoi certains centres hospitaliers universitaires et instituts sont-ils exclus de la procédure de fusion alors que d'autres ne le sont pas? Qu'arrive-t-il des centres ayant la responsabilité d'offrir des services au-delà des frontières de la région sociosanitaire du nouveau CISSS dans lequel ils seront intégrés? Comment s'assurer que les missions particulières de ces différents établissements demeureront protégées au sein des futurs CISSS? Tant de questions et si peu de réponses.

Dans la foulée de la réforme de 2003, pour définir les différentes activités au sein du réseau de la santé et des services sociaux, le gouvernement a introduit la notion de programme-service pour remplacer celle de programme-clientèle. Dans chacun des neuf programmes services se retrouve un ensemble de services et d'activités ayant pour but de répondre aux besoins d'une population.²¹ Les patient-e-s, selon la problématique vécue, peuvent bénéficier de plusieurs services et activités émanant de programmes-services différents et offerts par divers types d'établissements. Ces modalités d'organisation des services de santé sont maintenues dans le projet de loi sauf qu'elles seront maintenant offertes à l'intérieur d'un même établissement. De plus, le ministre introduit une obligation pour les employeurs d'avoir dorénavant une comptabilité par programme-service.

D'ailleurs, la notion de mission d'établissement ne se retrouve pas dans le projet de loi. Ainsi, la FIQ craint qu'au sein d'un même CISSS et d'un même programme-service, certaines missions soient privilégiées au détriment des autres. En effet, bien que les missions des établissements ne soient pas abolies, le projet de loi n° 10 ne prévoit pas que le budget des établissements sera garanti selon les missions. Ainsi, le conseil d'administration « *répartit équitablement, dans le respect des enveloppes allouées par programme-service, les ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition, en tenant compte des particularités de la population qu'il dessert et s'assure de leur utilisation économique et efficiente* » (article 25). Les missions ne sont pas prises en considération

²¹ MSSS. *L'architecture des services de santé et des services sociaux. Les programmes services et les programmes-soutien*. Gouvernement du Québec. Janvier 2004

dans les critères de répartition des budgets. Par conséquent, les sommes allouées pour un programme-service pourraient être versées à une mission plutôt qu'à une autre. L'absence de balises, visant à protéger les missions dans le projet de loi, aura pour effet de favoriser l'hospitalo-centrisme et la mission curative au détriment des missions à caractère plus préventif et social et moins bien pourvues en ressources financières et autres. Les centres jeunesse, les centres de réadaptation et la santé publique, surtout dans son volet de promotion de la santé et de prévention, seront certainement plus susceptibles de faire les frais de cette répartition des budgets uniquement établie sur la notion de programme-service.

Dorénavant, le CISSS coordonnera les services à la population vivant sur le territoire d'une région sociosanitaire et dispensés par l'ensemble des intervenant-e-s. Le réseau régional de services (RRS) de santé et de services sociaux remplacera le réseau local issu de la réforme précédente. Une lecture attentive du rapport réalisé par le MSSS en 2010 au sujet de l'évaluation du degré d'implantation des réseaux locaux de santé et de services sociaux²² révèle qu'il est impossible de mesurer l'impact réel des réseaux locaux tant sur l'accès aux soins que sur la continuité des soins. Cette impossibilité de mesurer l'impact des réseaux locaux découle de plusieurs facteurs liés à la fois à la structure organisationnelle et à la structure clinique du réseau local et de son CSSS. Par exemple, certains CSSS n'ont toujours pas complété le processus d'intégration clinique entre les établissements formant le CSSS. D'autres sont aux prises avec un faible taux de participation et d'implication des partenaires du réseau local, rendant ainsi plus fastidieuse la mise en commun et la coordination des services²³.

Pour la FIQ, la création des CISSS et des réseaux régionaux aura pour effet d'accentuer les difficultés vécues au palier local puisqu'il faudra, dans un premier temps, refaire l'intégration organisationnelle et clinique, d'abord au sein du nouveau CISSS, pour ensuite coordonner une quantité significative de partenaires situés sur un vaste territoire avec des réalités hétérogènes afin de créer le réseau régional. Tout ce processus complexe prendra des années à se mettre en place et ce n'est que plus tard qu'il sera possible d'en évaluer les impacts positifs ou négatifs, sur les patient-e-s, relativement à l'accès aux soins. Une fois de plus, le-la patient-e se retrouve

²² Précité, note 3, p. 85.

²³ Id., p 85.

en périphérie du système sans que l'optimisation des soins ne soit au rendez-vous.

Par conséquent, la FIQ ne peut qu'exprimer son indignation en regard de ce projet majeur de réforme axée uniquement sur les structures et en parfaite lignée avec celui de 2003. De plus, il s'agit d'un projet de loi présenté sans aucune consultation préalable, qui ne repose pas sur un diagnostic consensuel, et ce, quelques mois seulement après l'élection générale du mois d'avril 2014. Ainsi, la FIQ s'oppose à ce projet parce qu'il a pour effet, dans un premier temps, d'augmenter la vulnérabilité du réseau et, en second lieu, parce qu'il aura comme conséquence de conforter celles et ceux qui croient à l'impossibilité d'offrir des services publics de santé de qualité.

C'est pourquoi la FIQ estime que « mettre le-la patient-e au cœur du réseau » signifie qu'il doit y avoir la présence de services de proximité. En conséquence :

- 1. La FIQ RECOMMANDE le maintien d'un réseau local de soins et services de santé.**
- 2. La FIQ RECOMMANDE le maintien du financement des établissements de santé par mission.**

UNE RÉFORME QUI MET LA TABLE POUR LE FINANCEMENT À L'ACTIVITÉ

Pour la FIQ, le projet de loi n^o 10 est également un moyen qui permettra une démarche d'implantation plus rapide du financement à l'activité dans les établissements de santé que celle préconisée par les expert-e-s du comité présidé par madame Wendy Thompson²⁴. En diminuant le nombre d'établissements, il sera plus facile pour le ministère de la Santé de modifier le mode d'allocation des ressources aux établissements puisque cela a pour effet de faciliter l'uniformisation des pratiques et de diminuer le nombre d'intervenant-e-s. D'autre part, cela pourra justifier une meilleure équité

²⁴ Rapport du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients. *Pour que l'argent suive le patient. L'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé.* Gouvernement du Québec. Février 2014.

dans la répartition des volumes d'activités des nouveaux CISSS. En effet, les nouveaux CISSS auront un volume de services à offrir beaucoup plus élevé qu'auparavant puisqu'ils pourront regrouper plusieurs CSSS et autres établissements. Par exemple, le CISSS de la Montérégie est constitué de 18 établissements de santé, dont 11 CSSS, pour un total de 200 installations. Son volume d'activités sera par conséquent plus considérable que celui du CSSS Jardins-Roussillon.

La philosophie derrière ce mode d'allocation des ressources, selon le rapport Thompson, est de permettre au-à la patient-e de choisir l'établissement où il-elle va recevoir des soins. Les informations concernant l'accessibilité, la qualité et les coûts des soins devront, en conséquence, être plus transparentes afin que le-la patient-e puisse faire un choix éclairé. Le *Groupe d'experts pour un financement axé sur le patient* définit ainsi cette philosophie :

« Les patients sont en mesure de choisir eux-mêmes les établissements qui leur offriront les services dont ils ont besoin, au lieu que ces établissements soient déterminés par les institutions administrant la santé sur leur territoire. Les ressources suivent le patient, quel que soit son choix. »²⁵

Or, le projet de loi n° 10 rend ce choix illusoire pour le-la patient-e puisque tous les établissements de sa région seront dorénavant fusionnés pour ne former qu'un seul CISSS. La seule option à la disposition du-de la patient-e sera de se déplacer en dehors de sa région sociosanitaire pour exercer pleinement ce choix.

Qui plus est, les finalités du financement à l'activité sont diamétralement opposées au concept de la responsabilité populationnelle et des services de santé intégrés. En effet, le but premier de la responsabilité populationnelle est celui d'avoir une population en meilleure santé dans un territoire donné en agissant en amont sur les déterminants de la santé. Dans cette perspective, il faut miser sur la prévention et non le curatif. À l'inverse, le financement à l'activité a pour effet de valoriser les soins curatifs et la production de ces derniers. Conséquemment, le budget d'un établissement sera tributaire du nombre d'activités réalisées, la plupart du temps à caractère curatif, au sein de l'établissement. Voilà un autre argument qui

²⁵ Id. p. 51.

permet à la Fédération d'être plutôt sceptique quant aux réelles volontés du ministre de mettre le-la patient-e au cœur du réseau.

En outre, selon l'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS), l'implantation du financement à l'activité a pour effet d'augmenter le nombre de gestionnaires au sein d'un établissement puisque système nécessite un nombre assez significatif de contrôles pour être en mesure d'évaluer son efficacité²⁶.

UNE RÉFORME AU SERVICE DE LA PRIVATISATION

Quelle est l'utilité d'une nouvelle réforme de structures lorsque la précédente n'a pas encore fait la preuve de son efficacité en ce qui concerne l'accès aux soins? De quelle façon, les mégastructures issues du projet de loi n° 10, pourront-elles offrir un meilleur accès aux soins pour les patient-e-s du territoire desservi? Par ailleurs, peut-on vraiment espérer d'éventuelles économies alors que celles promises depuis 2003 ne se sont pas matérialisées? Alors, pourquoi proposer aux citoyennes et aux citoyens, à ce moment-ci, une réforme d'une telle ampleur?

Certaines réponses sont notamment incluses dans le projet de loi et méritent que l'on s'y attarde. Les articles 66 et suivants du projet de loi font référence aux cliniques médicales associées (CMA). En vertu de ces articles, le pouvoir de déterminer l'existence de difficultés d'accès aux soins dans une région appartiendra au ministre qui aura reçu une proposition du CISSS en question. À l'heure actuelle, il appartient aux ARSSS de soulever cette problématique auprès du ministre après avoir consulté au préalable, la table régionale des chefs de départements de médecine spécialisée²⁷. Dorénavant, le ministre pourra, après avoir reçu une proposition d'une autorité non identifiée du CISSS, conclure à l'existence de la difficulté d'accès et accepter de faire une entente unilatéralement et sans consultation auprès d'une clinique médicale associée (CMA), telle une « super clinique ». Pourtant, le ministre de la Santé avait annoncé en août dernier la fin de l'entente avec la clinique Rockland MD. Nous reviendrons d'ailleurs, plus loin, sur cette question.

²⁶ Hébert, Guillaume. *Le financement à l'activité peut-il résoudre les problèmes du système de santé?* IRIS. Note socio-économique. Juin 2012.

²⁷ LSSSS, article 349.1 et suivants.

La FIQ s'interroge également au sujet du pouvoir qu'a le gouvernement de faire des règlements pour toute « *mesure utile* » (article 161) ou encore pour réaliser, en toute efficacité, l'objet du projet de loi, d'autant plus que le gouvernement ne sera pas soumis à l'obligation de publier lesdits règlements. Sous prétexte de répondre aux objectifs du projet de loi, doit-on craindre une prolifération de règlements autorisant des traitements médicaux dans les centres médicaux spécialisés (CMS)?

La dernière réforme a ouvert de larges brèches en faveur du secteur privé à but lucratif. Le gouvernement actuel ne cache pas son intérêt à concéder une plus grande place à ce secteur. Ainsi, en plus d'une multiplication du nombre de CMS et de CMA, le gouvernement pourrait très bien envisager la possibilité de permettre aux citoyennes et aux citoyens de recourir à des assurances privées pour se payer des soins, par ailleurs déjà couverts par le régime public. En outre, il pourrait être tenté d'autoriser la pratique médicale mixte. Un tel modèle à l'américaine a pourtant démontré son incapacité à améliorer les performances de santé à l'échelle d'une population et à contrôler les dépenses à l'échelle d'un pays.

L'obtention de soins de santé est un besoin fondamental qui présente un caractère universel et permanent. Pour les tenants de la marchandisation de la santé, il y a là, une perspective de profits alléchante à laquelle ils ne voudront jamais renoncer. En contrepartie, voilà une opportunité pour un gouvernement qui croit que l'État doit être un peu moins présent, de se dégager de sa responsabilité de protéger un bien qui appartient pourtant à la collectivité.

Consciente des implications majeures inhérentes au projet de loi, la FIQ déplore que le gouvernement ait choisi de ne présenter qu'une partie de ses intentions quant à l'avenir du réseau. L'état actuel de ce dernier ne justifie pas une intervention législative aussi intempestive et porteuse de conséquences si importantes pour les patient-e-s. En ne présentant qu'une pièce du casse-tête, le gouvernement empêche la population de porter un jugement et une critique éclairée sur l'ensemble du projet actuellement en débat.

La Fédération est également préoccupée par les effets de la réforme proposée de même que par la volonté de privatisation à peine voilée du gouvernement en regard des femmes. La FIQ représente près de 92 % de femmes et elle est, par conséquent, concernée par leur réalité. Chaque réforme du réseau comporte son lot de conséquences pour les femmes. D'une part, parce qu'elles représentent une majorité de travailleuses au sein

de ce réseau, elles sont fréquemment touchées de plein fouet par ces réformes qui modifient leur organisation du travail et leur vie.

D'autre part, comme femmes et citoyennes, elles assument souvent la responsabilité des soins de santé auprès de leurs enfants et parents. Par conséquent, la difficulté d'accès aux soins a souvent des répercussions pour les femmes tant au plan professionnel, financier que personnel. Non seulement elles s'absentent du travail plus souvent pour prendre soin de leurs proches, mais elles renoncent parfois à leur carrière et à la possibilité de travailler à temps complet. Lorsque les services de santé et de services sociaux font défaut, ce sont les femmes qui, dans une proportion de 80 %, sont appelées à compenser ces manques²⁸. La FIQ est outrée de voir le peu de considération en regard des impacts vécus par les femmes au fil des réformes du réseau de la santé et des services sociaux.

²⁸ Dr. Pat Armstrong, *Speaking Notes, Public Consultations of the Commission on the Future of Health Care Toronto*, Ontario, May 30, 2002, traduction libre.

Chapitre 2

Organisation des soins et impacts pour les professionnelles en soins

20

UNE RÉFORME DE TROP POUR LES PROFESSIONNELLES EN SOINS

À peine remises de la dernière réforme, les professionnelles en soins auront à nouveau à vivre ce grand bouleversement au sein du réseau. Les fusions d'établissements sont une source de stress puisqu'elles sont tributaires d'une intégration non choisie. Les us et coutumes des un-e-s ne sont pas ceux des autres, et ce, même si les établissements sont situés géographiquement dans une même région sociosanitaire. L'ampleur de la réforme proposée est telle que la période d'instabilité et d'insécurité qu'elle génère est déjà commencée et qu'elle se poursuivra pendant plusieurs années. Ce sentiment d'insécurité, vécu par l'ensemble du personnel, et l'instabilité ainsi créée par ce sentiment se répercuteront nécessairement auprès des patient-e-s.

Ces réformes ont aussi pour conséquence de mobiliser les gestionnaires du réseau à la réalisation des objectifs de la réforme, et ce, au détriment d'objectifs cliniques ou administratifs par ailleurs, importants. La démotivation s'installe et un désinvestissement s'opère pour une majorité de professionnelles en soins. Le gouvernement n'a pas intérêt à ce que les professionnelles en soins cessent de se mobiliser pour ce réseau. Il a plutôt avantage à les écouter et à les entendre puisque sans elles, la qualité, l'accès et la continuité des soins n'auront plus de sens.

UN POUVOIR PROFESSIONNEL DÉPOSSÉDÉ

Tout comme les ordres professionnels, la FIQ déplore la perte de représentativité des professionnelles en soins au sein des conseils des infirmières et infirmiers (CII) de même qu'au sein des conseils multidisciplinaires. Dorénavant, il n'y aura qu'un seul conseil multidisciplinaire et un seul CII pour représenter un nombre beaucoup plus élevé de professionnelles en soins. Il sera, par conséquent, plus difficile de faire entendre et connaître les multiples réalités et particularités vécues par les professionnelles en soins d'un même CISSS.

Une représentation moins importante, au sein des CII et des conseils multidisciplinaires, a pour effet de remettre en question l'exercice de leur premier rôle, soit celui d'apprécier la qualité des soins. D'ailleurs dans son communiqué émis le 21 octobre dernier dans le cadre des consultations entourant le projet de loi n° 10, l'OIIQ soulevait cette question et recommandait de : « *s'assure(r) que les conseils des infirmières et infirmiers*

*(CII) disposent des conditions nécessaires pour exercer efficacement leur mandat d'appréciation de la qualité des soins ».*²⁹

La littérature démontre que lorsque la qualité des soins diminue, une augmentation du taux de mortalité est enregistrée³⁰. De plus, s'ajoutent à cela une augmentation des complications postopératoires et une augmentation de la durée de séjour à l'hôpital³¹. L'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ) à son tour précisait, le 20 octobre 2014 dans le cadre des consultations entourant le projet de loi n° 10, que le développement de la collaboration interprofessionnelle « *comporte [...] des bénéfices potentiels importants et sous-exploités pour l'accroissement de l'efficacité et de la qualité des soins* ». ³²

La FIQ s'interroge également sur la place qu'auront les Directions de soins infirmiers (DSI), les Directions de services professionnels (DSP) et les Directions services hospitaliers (DSH) au sein de la nouvelle structure des CISSS. Il est primordial que les professionnelles en soins puissent conserver la possibilité de se référer à ces directions particulières pour toute question de nature professionnelle et toute préoccupation reliée à la qualité et à la sécurité des soins de la population.

Il y a donc lieu de s'interroger sur l'importance qu'octroie le ministre à la qualité et à la sécurité des soins offerts à la population. Comment, selon les nouvelles structures proposées par ce projet de loi, parviendra-t-il à octroyer des soins de qualité et sécuritaires en fonction des besoins de la population desservie sur l'ensemble du territoire du futur CISSS?

De plus, la FIQ dénonce l'impact qu'aura le projet de loi n° 10 sur l'attraction et la rétention des professionnelles en soins au sein du réseau public. Dans un contexte de pénurie, de temps supplémentaire obligatoire et de surcharge de travail, voire de charge de travail démesurée, la simple

²⁹ OIIQ. Projet de loi n° 10 sur l'organisation et la gouvernance. *La gouvernance infirmière : condition de succès de la transformation du réseau*. Communiqué de presse. 21 octobre 2014

³⁰ AIKEN, L., et al, (2002). *Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and job dissatisfaction*. *Journal of the American Medical Association* : 288, 1987-1993, 2002. <http://jama.ama-assn.org/content/16/1987.full.pdf+html>.

³¹ Id.

³² OPIQ. *Projet de loi n° 10 sur l'organisation et la gouvernance*. Communiqué de presse, 24 octobre 2014

évocation de la mobilité de la main-d'œuvre fait sursauter. En effet, le fait d'être obligée de se déplacer entre différentes installations d'un CISSS situées à plusieurs centaines de kilomètres l'une de l'autre suscite déjà de vives inquiétudes chez les salarié-e-s du réseau de la santé. La Fédération croit que le projet de loi n° 10 aura un effet dissuasif sur l'attraction et la rétention des professionnelles en soins actuelles et futures.

GRAND BOULEVERSEMENT CHEZ LES SALARIÉ-E-S ET LEURS REPRÉSENTANT-E-S

Le projet de loi n° 10, par le biais de la création des CISSS, modifie la *Loi sur les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales* et enclenche un processus de fusion des unités d'accréditation dans les établissements. À cette étape, il convient de mettre en doute la nécessité de créer un tel bouleversement dans les accréditations syndicales qui ont déjà connu, une réforme majeure il y a moins d'une dizaine d'années.

En effet, le gouvernement a adopté, en décembre 2003, un régime particulier concernant la représentation syndicale dans le réseau de la santé en fixant le nombre maximal d'unités de négociation à quatre et en déterminant la composition de ces unités. Il faut rappeler qu'avant cette loi, plusieurs établissements du réseau de la santé se retrouvaient avec un nombre important d'unités de négociation pour deux raisons principales. La première relève de la multitude d'unités en lien avec les groupes distincts et la volonté des travailleuses et des travailleurs à se regrouper selon leur profession. La seconde concerne plutôt l'organisation du réseau dans lequel un établissement peut maintenant s'étendre sur plusieurs sites et installations en raison des fusions, des réorganisations, du transfert d'activités, etc. Le gouvernement a donc forcé le regroupement de ces unités de négociation faisant fi de la volonté des travailleuses et travailleurs et de leurs associations syndicales. Un peu plus de 10 ans plus tard, il faut tout recommencer? Est-ce vraiment ce dont le réseau a besoin?

La Fédération s'interroge également sur le respect des objectifs du Code du travail dans la création de ces méga structures et le regroupement des unités de négociation. Le Code prévoit la possibilité de se syndiquer et de choisir l'organisation syndicale qui représentera les travailleuses et travailleurs. Est-ce que cet objectif est respecté? On peut en douter, car les professionnelles en soins se retrouveront dans des méga syndicats sans qu'elles ne puissent exprimer leur volonté de se regrouper et sans nécessairement partager une communauté d'intérêts, critère pourtant important en matière de droit d'association. Le Code oblige également les

syndicats à un devoir de représentation de ses membres et des non-membres. La Fédération et ses syndicats, poursuivront ce travail, comme ils le font maintenant, mais les embûches seront importantes considérant le nombre de membres dans certains syndicats qui pourrait atteindre jusqu'à 8 000 ou 10 000 personnes en fonction du CISSS. Et qu'en sera-t-il de la possibilité réelle de changer d'allégeance syndicale, autre droit prévu au Code? En théorie, ce droit existera toujours, mais dans la réalité du territoire régional et du nombre de membres, est-ce réaliste de croire qu'il sera possible pour les salarié-e-s de choisir un autre syndicat? La Fédération croit que le portrait de la représentation syndicale, une fois les fusions opérées, sera celui qui prévaudra pour un grand nombre d'années.

De plus, le Code du travail instaure un mécanisme de règlement des litiges, l'arbitrage des griefs, qui, à l'origine, se voulait un processus accéléré, mais qui déjà, n'atteint pas cet objectif. Qu'en sera-t-il dans un CISSS? Les représentant-e-s de la direction des ressources humaines seront-ils suffisamment nombreux et nombreuses pour assister simultanément à des arbitrages de griefs? Et les procureurs patronaux? Actuellement, un CISSS fait affaire avec un seul bureau d'avocat-e-s. On peut penser qu'il en sera de même avec les CISSS. Quelles disponibilités auront alors les représentants patronaux? On peut affirmer que les délais seront encore allongés et qu'il en sera de même pour les autres recours en vertu des différentes lois du travail.

La Fédération s'inquiète du sort réservé aux travailleuses et travailleurs qui vivront ces situations. En ce moment, une professionnelle en soins qui est en attente d'une décision d'un tribunal peut se trouver un emploi dans un autre établissement. Il ne s'agit pas uniquement d'une personne congédiée. On peut penser à un cas de harcèlement, à un dossier d'invalidité où un médecin prétend que le-la salarié-e n'est pas apte au travail alors que son médecin traitant croit qu'il-elle l'est. Comment cette personne pourra-t-elle se retrouver un emploi si tous les établissements de sa région sont regroupés au sein d'un même CISSS? Pour la Fédération, cette situation de monopole régional revient à nier le droit au travail des professionnelles en soins.

Enfin, au niveau international, le gouvernement canadien a ratifié, en 1972, la Convention sur la liberté syndicale et la protection du droit syndical. Cet accord stipule, à son article 2, que « Les travailleurs et les employeurs, sans distinction, ont le droit, sans autorisation préalable, de constituer des organisations de leur choix, ainsi que celui de s'affilier à ces organisations, à

la seule condition de se conformer aux statuts de ces dernières ». ³³ La FIQ s'interroge sur le respect de cet engagement dans le cadre actuel du projet de loi n° 10.

Autant de questions qui préoccupent grandement la Fédération, ses syndicats affiliés et les professionnelles en soins qu'ils représentent. Comment les professionnelles en soins se reconnaîtront-elles à l'intérieur de cet établissement et comment seront-elles reconnues par leur employeur? La Fédération s'interroge aussi sur le climat de travail qui prévaudrait dans les méga structures que seraient les CISSS. La motivation au travail, l'implication, l'engagement, tout comme la mobilisation au sein des organisations syndicales, sont largement tributaires du sentiment d'appartenance et de la fierté de travailler pour un employeur. Ces valeurs affectent la qualité du travail dans tous les milieux, mais sont particulièrement essentielles dans le quotidien des professionnelles en soins que nous représentons. Quels seront les mécanismes mis de l'avant par les CISSS pour permettre la reconnaissance des professionnelles en soins et développer leur sentiment d'appartenance? De pareilles méga structures seront-elles en mesure de répondre aux préoccupations de nos membres? Pour la FIQ, les CISSS ont une obligation de résultat à cet égard, car il en va de la qualité des services qui seront donnés à la clientèle, cette qualité des services justement énoncée dans les objectifs de la réforme.

Outre le fait de susciter une période de grand bouleversement chez les salarié-e-s et leurs représentant-e-s au sein du réseau en leur faisant vivre de multiples situations stressantes, le projet de loi n° 10 aura aussi indéniablement des conséquences sur leurs conditions de travail et plus précisément sur le régime général des relations de travail en matière de négociation.

En effet, la FIQ constate que le projet de loi n° 10 aura des répercussions sur le régime de négociation en vigueur actuellement. Il importe de se rappeler que dans la foulée de la création des CSSS en 2003, le gouvernement libéral précédent a procédé à l'adoption, sous bâillon, du projet de loi n° 30. Ce projet de loi venait modifier, entre autres, les règles de négociation entre les parties en décentralisant une partie importante de la négociation. Pour justifier ce changement majeur, le gouvernement invoquait à l'époque la pertinence de rapprocher la négociation des parties

³³ Convention (n° 87) sur la liberté syndicale et la protection du droit syndical. 31^e session. C.I.T. 19 juillet 1948

locales afin qu'elle puisse répondre aux besoins spécifiques de l'établissement.

Or, le projet de loi n° 10 en éliminant le palier local va à contresens de l'objectif prédéterminé en 2003. Alors, comment concilier la volonté de négocier des dispositions dites « locales » pour les parties lorsque l'établissement devenu régional couvre un vaste territoire et peut, selon les circonstances, présenter des réalités totalement différentes? Comment espérer que le délai de 24 mois sera suffisant pour conclure de nouvelles ententes considérant les multiples particularités du nouveau CISSS, et ce, malgré la bonne volonté des parties? Par ailleurs, dans le contexte actuel de pénurie de main-d'œuvre, quelle sera la répartition des professionnelles en soins entre les différents sites du CISSS et comment celle-ci s'opérera-t-elle puisqu'il pourra y avoir des centaines de kilomètres entre ces lieux de travail? Ces interrogations sont suffisamment légitimes et sérieuses pour que :

3. La FIQ RECOMMANDE que le gouvernement mette en place un lieu où les parties pourront discuter des différents impacts du projet de loi n° 10 en regard des conditions de travail des professionnelles en soins.

Chapitre 3

Un pouvoir absolu

26

Le ministre de la Santé et des Services sociaux prétend abolir les agences régionales par le projet de loi n° 10. Or, l'analyse de ce projet de loi indique qu'en réalité les pouvoirs et les fonctions des agences régionales sont répartis entre les établissements régionaux et, comme nous l'avons vu plus haut, le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Sans faire une liste exhaustive des pouvoirs du ministre de la Santé et des Services sociaux, la FIQ considère important d'en énumérer et d'en commenter un certain nombre, particulièrement ceux qui concernent l'organisation des soins et des services.

D'entrée de jeu, précisons que les nouveaux pouvoirs du ministre de la Santé et des Services sociaux sont de nature diverse, qu'il s'agisse de pouvoirs relatifs aux orientations, aux priorités, aux ressources financières, aux nominations, à la structure organisationnelle des établissements, à l'offre de services, aux fusions des établissements ou à la planification de la main-d'œuvre. De plus, il s'octroie un pouvoir réglementaire hors du commun. Voyons chacun de ces éléments tour à tour.

UNE ABOLITION DU PALIER LOCAL

Tout d'abord, le pouvoir de déterminer les orientations et les priorités nationales et régionales revient au ministre et à lui seul. Ainsi, le niveau régional, qui avait auparavant la responsabilité de faire coïncider les priorités ministérielles avec la réalité régionale, voire avec la réalité locale des établissements, est dépossédé de cette responsabilité au profit du ministre. Le niveau régional devient, en quelque sorte, un simple exécutant des décisions ministérielles. Le projet de loi ne lui octroie pas voix au chapitre en regard des orientations, pas même régionales. Quant au niveau local, il est tout compte fait, aboli. Les installations, autrefois des établissements, deviennent de simples points de services dans ces structures gigantesques. Ainsi, il faut bien comprendre que le projet de loi éloigne la prise de décision encore davantage des patient-e-s que la réforme est censée servir au final.

C'est au ministre également que revient la responsabilité de déterminer les orientations, de même que les priorités sur l'équilibre budgétaire, le budget, les services, les subventions et l'allocation des ressources. En outre, le ministre répartit les ressources financières entre les régions. On sait qu'à l'heure actuelle les ressources ne sont pas réparties équitablement entre les régions. Cette situation perdure depuis quelques dizaines d'années d'ailleurs sans que les ministres qui se sont succédé à Québec n'aient réussi

à corriger la situation. Quel est le plan cette fois-ci pour améliorer la situation? Les changements passeront-ils par le financement à l'activité et un éventuel déplacement des activités vers des régions mieux pourvues en ressources humaines et matérielles? L'idée que l'« argent suit le patient » pourrait-elle ramener une certaine équité interrégionale? Il est permis d'en douter puisque les régions qui ne sont pas densément peuplées auront toujours plus de difficulté à réaliser des économies d'échelle. De plus, nulle part dans cette réforme il n'est garanti que les usager-ère-s puissent recevoir des services dans leur localité, ni même dans leur région.

En plus de déterminer les orientations et les priorités, le ministre se réserve le droit de nommer le-la président-e-directeur-trice-général-e de l'établissement régional et son adjoint-e, ainsi que les membres des conseils d'administration et des comités. Aussi bien dire que le ministre aura la main haute sur toutes les personnes en position d'autorité dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ces personnes devront-elles être de bon-ne-s militant-e-s libéraux-ale-s ou de bon-ne-s contributeur-trice-s aux caisses électorales? Cette prépondérance des décisions ministérielles en matière de nominations préfigure d'éventuels risques de conflits de nature éthique.

En outre, une fois les administrateur-trice-s et les orientations en place, le ministre se donne le droit d'établir la structure organisationnelle des établissements, d'établir des corridors de services, de signer des ententes avec des CMA, voire de fusionner des établissements publics. Aussi bien dire que toutes les décisions importantes pour le réseau public seront prises à Québec. Quel rôle finalement le-la président-e-directeur-trice-général-e et le conseil d'administration de l'établissement régional joueront-ils réellement? Il semble bien que Québec leur réserve un rôle d'exécutants des décisions du ministre de la Santé et des Services sociaux, voire un rôle de simples figurants.

La possibilité que le ministre se donne de fusionner des établissements (article 129) laisse également la FIQ pantoise. Il semble que ce pouvoir soit rattaché à la fusion d'établissements publics. Que vise-t-il exactement? Selon le plan actuel, seule la région de Montréal aura encore quatre établissements n'appartenant pas à un CISSS. S'agit-il de fusionner les établissements encore autonomes de cette région ou s'agit-il de fusionner des CISSS dans un établissement interrégional? Le libellé de cet article permet de croire que le gouvernement et le ministre de la Santé et des Services sociaux n'ont présenté, avec le projet de loi n° 10, qu'une étape d'une réforme encore plus vaste. Le gouvernement libéral veut-il imiter l'Alberta et créer une copie de l'*Alberta Health*, modèle dont les résultats sont plus que discutables comme cela a été démontré plus haut?

De plus, le ministre de la Santé et des Services sociaux se réserve la possibilité de déterminer l'usage commun de certains biens et services (article 133). Ce pouvoir doit être compris par rapport à d'éventuelles économies d'échelle. Il pourrait très bien se traduire par la fermeture de services à caractère local. En effet, par ce pouvoir, le ministre pourrait très bien remettre en question l'existence d'un même service dans deux installations d'un même établissement par exemple. En réalité, cet article va bien plus loin puisque ce sont non pas les installations, mais bien les établissements qui doivent faire un usage commun. Avec un tel article, il n'est pas à exclure que toutes les régions n'offriront pas tous les services. Le seul critère semble donc celui de la saine gestion. L'intérêt des patient-e-s n'est aucunement pris en considération.

UN PDG DES RH À QUÉBEC

Le ministre s'est également donné le pouvoir d'élaborer selon ses orientations, des plans régionaux en matière de planification de la main-d'œuvre et de développement des ressources humaines. En effet, suivant l'article 78 du projet de loi n° 10, il est prévu que « Le ministre exerce les fonctions d'une agence prévues aux articles 376 et 377 de cette loi ». L'article 376 prévoit notamment ceci :

« L'agence élabore, en tenant compte des orientations déterminées par le ministre et des politiques qu'il établit et en collaboration avec les établissements et les organismes concernés, des plans régionaux en matière de planification de main-d'œuvre et de développement des ressources humaines et veille à leur application. À cet effet:

0.1° elle met en place un système d'information sur la main-d'œuvre favorisant notamment l'élaboration des plans régionaux visés au présent alinéa;

1° elle coordonne les activités de perfectionnement du personnel et la préparation de la relève dans le cadre de la mise en œuvre des plans régionaux visés au présent alinéa;

2° elle coordonne les activités de perfectionnement des membres des conseils d'administration des établissements;

3° elle aide les organismes communautaires dans les activités de perfectionnement de leurs membres.

De plus, l'agence met en place des moyens pour assister les établissements, à leur demande, dans l'élaboration de leur plan d'action

pour la planification de la main-d'œuvre et le développement de leur personnel et identifie les besoins prioritaires afin de favoriser la mise en commun, par les établissements, de services touchant la planification de la main-d'œuvre et le perfectionnement et la mobilité de leur personnel. »

Par ailleurs, comme on l'a vu plus haut, la FIQ s'est prononcée, lors de la consultation sur le projet de loi n° 15, sur la nécessité de procéder à une démarche rigoureuse et responsable de planification en tenant compte des expertises, des préoccupations des effectifs concernés et de leurs représentant-e-s.

Or, on constate qu'avec le projet de loi n° 10, on assiste à un transfert des pouvoirs de l'Agence régionale de la santé et des services sociaux vers le ministre. Une telle centralisation des pouvoirs entre les mains d'une seule personne au niveau national risque de mettre à mal l'application de l'article 231 de la Loi de la Santé et des Services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2, ci-après la LSSSS). Cet article de loi prévoit déjà depuis 2005 que :

« Tout établissement public ou privé conventionné doit se doter, avec la participation de ses employés et, le cas échéant, des syndicats dont ils sont membres, d'un plan d'action triennal pour la planification de la main-d'œuvre et le développement du personnel. Ce plan d'action est communiqué à tout le personnel et transmis à l'agence.

Ce plan contient des mesures relatives à l'accueil des employés, à leur motivation, leur valorisation, le maintien de leur compétence en tenant compte des responsabilités confiées au conseil multidisciplinaire et, le cas échéant, au conseil des infirmières et infirmiers, leur évaluation, leur perfectionnement, leur mobilité, la préparation de leur relève et l'orientation de leur carrière.

Ce plan doit être évalué et mis à jour annuellement avec la participation des employés de l'établissement et, le cas échéant, des syndicats dont ils sont membres. »

Actuellement, les modifications proposées par le projet de loi n° 10 sont une attaque directe et sournoise aux ententes négociées localement en ce qui a trait à l'application de l'article 231 de la LSSSS. Au surplus, en rapatriant au niveau national l'identification des besoins prioritaires en matière de planification de la main-d'œuvre et de développement des ressources humaines, ces changements risquent non seulement de ne pas prendre en compte les particularités régionales en matière de planification de la main-

d'œuvre et de développement des ressources humaines, mais aussi d'accroître les situations de pénurie de professionnelles en soins dans certaines régions du Québec. Comment opérer une telle centralisation nationale des décisions relatives aux besoins d'effectifs, par le biais des projets de loi n^{os} 10 et 15 tout en adaptant celles-ci aux réalités locales et à la dispensation de services de proximité? Tout ceci alors que le MSSS affirme que ces services font partie de ses orientations prioritaires.

C'est ainsi que les pouvoirs du ministre se substituent à ceux des personnes véritablement habilitées à prendre ces décisions aux niveaux local et régional. Ceci est fort préoccupant pour l'ensemble du réseau de la santé et des professionnelles en soins. Le rôle que se donne le ministre de la Santé et des Services sociaux devient d'une extrême importance dans cette réforme. Est-ce vraiment nécessaire d'aller aussi loin?

En outre, le ministre élabore les plans d'effectifs médicaux en lieu et place des ARSSS. Soit, mais ce transfert de pouvoir des ARSSS vers le ministre ne saurait être complet sans que le transfert des ressources financières n'y soit associé. En effet, la FIQ pense que les budgets de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), destinés à assurer la rémunération des médecins, devraient aussi être régionalisés de telle sorte que l'ensemble de la population du Québec ait sa juste part en termes de services médicaux. L'attente a assez duré! D'autant plus que l'accès à la première ligne constitue un incontournable pour assurer la santé de la population.

UN POUVOIR RÉGLEMENTAIRE EXTRAORDINAIRE

Finalement, il est à noter que :

« [L]e gouvernement peut, par règlement, prendre toute mesure nécessaire ou utile à l'application de la présente loi ou à la réalisation efficace de son objet. Un règlement pris en application du présent article n'est pas soumis à l'obligation de publication ni au délai d'entrée en vigueur ».

Ce règlement peut même s'appliquer d'une manière rétroactive (non antérieure au 1^{er} avril 2015) (article 161).

Par cet article, le gouvernement se donne un pouvoir réglementaire extraordinaire, rarement vu jusqu'ici. En effet, contrairement à la *Loi sur les règlements*, le règlement n'a pas à être lié à un article quelconque de la loi. Il peut « sortir de nulle part » comme on dit familièrement. Cette situation est complètement contraire aux règles existantes. Le règlement n'est pas

soumis, non plus, à l'obligation de publication. Il n'est donc pas exposé aux éventuelles considérations de groupes intéressés par la question en débat, ni à l'opinion du public en général. De plus, il peut s'appliquer sur-le-champ, voire rétroactivement, n'étant pas contraint au délai d'entrée en vigueur. En effet, pourvu qu'il ne s'applique pas antérieurement au 1^{er} avril 2015, le règlement peut s'appliquer rétroactivement. Rarement a-t-on vu pareil énoncé d'application de la réglementation. La réforme de la santé est-elle si urgente que le gouvernement doive se donner de tels pouvoirs extraordinaires? Le gouvernement craint-il de ne pas avoir le temps nécessaire pour mettre en œuvre sa réforme à l'intérieur du présent mandat?

C'est ainsi que les pouvoirs du ministre traversent l'ensemble du réseau de la santé, allant de la formulation des orientations jusqu'à la gestion du fonctionnement interne des établissements, voire jusqu'à la planification de la main-d'œuvre. Un constat est clair : le rôle que se donne le ministre de la Santé et des Services sociaux devient d'une extrême importance dans cette réforme. La FIQ, quant à elle, considère qu'il n'est pas du tout nécessaire d'aller aussi loin.

En somme, les principes d'une réforme de la santé devraient s'appuyer sur l'idée que :

- Le système de santé doit refléter les caractéristiques d'une société démocratique;
- le ministre de la Santé et des Services sociaux donne les orientations;
- les établissements ont la latitude nécessaire pour livrer les services selon les particularités de la population de leur territoire;
- les conditions d'exercice et de pratique du personnel favorisent leur rétention et leur développement.

4. La FIQ RECOMMANDE que la publication des règlements, qui encadrent le réseau public, soit conforme aux règles en vigueur.

Chapitre 4

Une réforme au service de la grande entreprise

La fonction d'approvisionnement, dans l'appareil d'État, est plutôt ancienne. Elle est apparue dans le sillage de la Révolution tranquille pour faire échec au « patronage » qui sévissait alors. Elle n'est pas vraiment nouvelle non plus dans le réseau de la santé et des services sociaux. En effet, elle a été introduite dès les années 1970 et elle a fait l'objet d'une réglementation particulière jusqu'à l'adoption de la *Loi sur les contrats des organismes publics* en 2006 (L.Q. 2006, c. 29, ci-après LCOP³⁴), sorte de loi-cadre avec statut prépondérant. D'ailleurs, selon Martin Coiteux, président du Conseil du trésor:

« L'adoption de la Loi sur les contrats par l'Assemblée nationale en 2006 visait notamment à encadrer les marchés publics, à uniformiser les règles applicables aux relations contractuelles entre les organismes publics et leurs contractants du secteur privé ainsi qu'à formaliser les engagements pris par le Québec dans le cadre des accords de libéralisation des marchés publics. »³⁵

Cette loi assujettit donc les établissements de santé et de services sociaux, les agences régionales de la santé et des services sociaux de même que les regroupements d'achats en commun du secteur de la santé et des services sociaux, ces derniers étant des organismes à but non lucratif qui desservent 16 régions du Québec (voir Annexe 1). Il importe de préciser que les contrats de partenariat public-privé sont également visés par la LCOP.

En fait, la nouveauté dans la fonction d'approvisionnement vient du rôle que lui a assigné la réforme Couillard imposée en 2003 par la Loi 25 adoptée sous le bâillon. Avec la création des réseaux locaux de services (RLS), la fonction d'approvisionnement a pris une nouvelle dimension : le concept de contractualisation, notamment dans le domaine des services, a fait son entrée officielle dans le réseau de la santé. Essentiellement, la contractualisation peut prendre plus d'une forme. Le gouvernement libéral, à travers la création des RLS et la fusion des établissements en 2003 a privilégié la séparation des types d'acteurs : les acheteurs et les fournisseurs ou prestataires de soins et de services. Se sont ajouté, quelques années plus tard, les lois qui ont créé les CMS et les laboratoires.

³⁴ La LCOP est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2008.

³⁵ Conseil du trésor, *Rapport concernant l'application de la Loi sur les contrats des organismes publics*, Québec, Conseil du trésor, septembre 2014, p. 3, [En ligne] : <http://www.tresor.gouv.qc.ca/nouvelles/article/depot-du-rapport-concernant-lapplication-de-la-loi-sur-ladministration-publique-2012-2014/> (page consultée le 17 octobre 2014).

Et c'est sans compter les nouveaux acteurs liés par contrat dans les domaines de l'hébergement des personnes âgées notamment (dont les ressources intermédiaires et les CHSLD privés en sous-traitance).

La seconde vague d'intégration, proposée par le projet de loi n° 10, au niveau régional cette fois, ne fera qu'accentuer cette orientation. D'un réseau local de services, le projet de loi vise à passer à un RRS (article 34), par le biais de fusions d'établissements. Il est indéniable que la vague de fusions annoncées aura notamment pour conséquence de simplifier grandement la structure du réseau public pour les fournisseurs éventuels désirant faire affaire avec le réseau de la santé. Des 182 établissements autonomes publics, le réseau n'en comptera plus que 28 après les fusions. À cela, il faut encore ajouter que les groupes d'approvisionnement en commun ont vu leur nombre diminuer considérablement ces dernières années, passant de 11, en mars 2012, à seulement trois en juin 2014.

De plus, ces fusions auront pour effet d'aider le MSSS à atteindre ses objectifs en termes de volumes d'approvisionnement et de valeurs de seuil. En effet, selon les estimations du MSSS, l'approvisionnement du réseau de la santé en biens et en services représente maintenant plus de 5 milliards de dollars par année. Toujours selon le ministère, cela équivaut à l'acquisition de près de 40 000 produits différents. L'approvisionnement s'effectue soit par chacun des établissements, soit en groupe, aux niveaux régional, suprarégional ou provincial. Selon le MSSS, les achats regroupés, effectués par les groupes d'approvisionnement en commun, totalisent près de 1,6 milliard de dollars par année et représentaient environ 40 % des achats en 2008. À cet effet, le MSSS visait 50 % pour l'année 2010³⁶. L'Association québécoise d'établissements de santé et services sociaux (AQESSS), quant à elle, estime que « [l]e coût de la logistique hospitalière représente près de 46 % des dépenses totales d'un établissement »³⁷.

³⁶ Selon les informations fournies par monsieur Roger Paquet, alors sous-ministre de la Santé et des Services sociaux, lors de *l'Audition des responsables du ministère de la Santé et des Services sociaux concernant le processus d'approvisionnement en équipements et en fournitures de nature médicale*, Commission de l'administration publique, 38^e législature, 1^{re} session, 1^{er} octobre 2008, vol. 40, no 16, p. 35. *Le MSSS n'a pas mis les données à jour sur son site depuis 2011.*

³⁷ AQESSS, *La contribution de la fonction approvisionnement dans l'amélioration de la productivité des établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec*, Document de réflexion, AQESSS, s.l., décembre 2010, p. 2.

Depuis le 6 avril 2014, les ministères et organismes du gouvernement du Québec sont soumis à l'Accord sur les marchés publics de l'Organisation mondiale du commerce (AMP-OMC). Dans le cas de cet accord, outre le Canada, les pays signataires sont les États-Unis, Hong Kong, l'Islande, Israël, le Liechtenstein, la Norvège, Singapour, Taïpei, le Japon et l'Union européenne (28 pays membres). Cet accord est donc applicable au MSSS et à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) en ce qui concerne les contrats de biens et de services, à partir d'un seuil de 548 700 \$. Pour les travaux de construction, la valeur de seuil est établie à 7,7 millions \$³⁸.

Plus récemment, le Canada a annoncé la conclusion d'un Accord économique et commercial global entre le Canada et l'Union européenne (AÉCG). Encore une fois, les marchés publics ont été au cœur des discussions. Pour les marchés sous-centraux (notion applicable aux provinces, dont le Québec et aux municipalités), les valeurs de seuil ont été établies à environ 335 000 dollars, pour les produits et les services, et à environ 8,4 millions de dollars pour les services de construction³⁹. Cette fois, non seulement les ministères et organismes sont visés, mais l'Accord vise également l'ensemble des organismes publics identifiés à la LCOP (article 4). Dans le secteur de la santé, il est donc applicable aux agences régionales, aux établissements publics, aux groupes d'achats en commun, notamment. Le gouvernement du Québec a donc été fort généreux dans son offre sur les marchés publics à l'endroit de l'Union européenne, d'autant plus que les principes de la nation la plus favorisée (NPF) et du traitement national (TN) constituent la base de cet accord. Nous y reviendrons plus loin.

Il y a quelques années le gouvernement du Québec a dissous la SOGIQUE, le bras informatique du ministère de la Santé et des Services sociaux, pour le rapatrier au ministère (L.Q. 2012, c. 9, projet de loi n° 53). La même

³⁸ Conseil du trésor, *Accord sur les marchés publics de l'Organisation mondiale du commerce (AMP)*, [En ligne] : <http://www.tresor.gouv.qc.ca/faire-affaire-avec-letat/cadre-normatif-de-la-gestion-contractuelle/accords-de-liberalisation/textes-des-accords/accord-sur-les-marches-publics-de-lorganisation-mondiale-du-commerce-amp/> (page consultée le 17 octobre 2014).

³⁹ Les valeurs de seuil sont établies en droits de tirage spéciaux (DTS), un panier de monnaie virtuelle établi par le Fonds monétaire international. Le 27 octobre 2014, 200 000 DTS équivalaient à 334 357,41 \$ CA; 5M DTS équivalaient à 8 358 935,27 \$ CA. Voir le convertisseur du Fonds monétaire international (FMI) : [En ligne] : <https://www.mataf.net/fr/conversion/monnaie-XDR-CAD> (page consultée le 27 octobre 2014).

année, il adoptait un projet de loi visant à permettre le partage des renseignements de santé (L.Q. 2012, c. 23, projet de loi n° 59) et créait, par la même occasion, six domaines cliniques et constituait de multiples banques de données.

Après la dissolution de la SOGIQUE et la création de banques de données disséminées un peu partout dans le réseau de la santé, le projet de loi n° 10 pousse la logique encore plus loin. Dans un premier temps, il vient rapatrier, au sein du MSSS, les actifs informationnels d'intérêt commun des agences régionales, de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et de l'Institut national de santé publique (INSPQ) (article 162, al. 1 et annexe II). Puis, dans un deuxième temps, sera transféré au MSSS « tout autre actif d'intérêt commun, appartenant à un établissement public, à la Régie de l'assurance maladie du Québec ou à l'Institut national de santé publique du Québec, déterminé par arrêté du ministre avant le 1^{er} avril 2016 » (article 162, al. 2). C'est donc dire qu'à la suite de l'adoption du projet de loi n° 10, le MSSS aura pris le contrôle de l'ensemble du « secteur informatique » de la santé au Québec. Ce contrôle n'est pas sans conséquence puisque, qu'aux termes des accords sur les marchés publics, le MSSS sera assurément l'un des ministères dont la soumission à ces accords sera la plus grande en raison de la diversité et le nombre important de ses composantes. C'est donc dire que l'ensemble du secteur informatique de la santé et des services sociaux, dorénavant sous la seule responsabilité du MSSS, tombe sous la coupe des accords de commerce sur les marchés publics (AMP-OMC et AÉCG, notamment). Ainsi, tout appel d'offres, dans ce domaine, pourvu qu'il atteigne les valeurs de seuil, devra donc être ouvert à l'international.

De plus, les assises des accords de commerce font en sorte que les principes fondamentaux, comme la clause de la nation la plus favorisée (NPF) (égalité de traitement pour les autres) et le traitement national (égalité de traitement pour les étrangers et les nationaux), favorisent l'apparition d'autres joueurs dans les appels d'offres. En effet, des entreprises qui proviennent de pays n'ayant pas nécessairement signé ces accords de commerce pourraient vouloir également y participer afin de profiter des avantages offerts.

En plus des pouvoirs existants des agences régionales de la santé et des services sociaux qui sont transférés au ministre, le projet de loi n° 10 lui en accorde de nouveaux dont, entre autres, la possibilité d'obliger un établissement public ou un établissement privé conventionné « 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 » (article 80). Ainsi, le

ministre s'assure que ses objectifs quantitatifs en approvisionnement seront atteints. Mais qu'en est-il des objectifs de développement économique et social des régions? Certes l'article 436 de la LSSSS oblige le ministre à adopter des politiques d'approvisionnement qui tiennent compte de leur impact sur l'économie régionale, mais il le contraint également à respecter les accords de libéralisation des marchés publics signés par le gouvernement du Québec. Les approvisionnements ont longtemps constitué une façon de soutenir le développement économique des régions. Avec la mise en œuvre de deux nouveaux accords applicables au ministère et/ou aux établissements de santé, les objectifs de développement économique ne risquent-ils pas de passer au second plan? C'est une crainte légitime.

De plus, le secteur de l'hébergement des personnes âgées, en transformation depuis quelques années déjà, pourrait bien tomber également sous la coupe des accords de commerce. En effet, les lits d'hébergement de longue durée, qu'il s'agisse de ressources intermédiaires ou de CHSLD privés non conventionnés seront-ils eux aussi objets de commerce? Rappelons que l'Agence régionale de la Capitale-Nationale, en 2007, avait conclu un contrat de 20 ans avec un promoteur privé pour l'achat de 116 places. Le contrat, revu à deux reprises, est aujourd'hui de 256 places et a doublé de valeur, de telle sorte qu'il atteint pratiquement les 18 millions de dollars par année, selon le Vérificateur général⁴⁰. L'Agence régionale de la santé et des services sociaux de Montréal a publié, le 3 janvier 2014, 11 contrats de gré à gré à être conclus avec des CHSLD privés pour une durée d'un an, avec des options de renouvellement pour deux autres années, pour une valeur variant de 7,1 millions de dollars à 20,6 millions de dollars, selon le nombre de lits achetés.

Il est clair que ces contrats, de par leur valeur, se qualifient pour des appels d'offres en vertu de l'AÉCG, d'autant plus que, rappelons-le, l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux est soumis à cette entente de commerce. Dans le cas de l'AMP-OMC, la situation est moins claire. Le ministre signera-t-il les ententes, comme cela est le cas pour les CMA? Les ententes conclues avec des CMA, elles-mêmes signées par le ministre, bien

⁴⁰ Vérificateur général du Québec. 2012. *Vérification de l'optimisation des ressources. Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2012-2013, chapitre 4 : Services d'hébergement, Personnes âgées en perte d'autonomie*, p. 22 et 23. [En ligne]. [www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2012-2013-VOR/fr_Rapport2012-2013-VOR-Chap04.pdf] (Consulté le 15 janvier 2014).

que payées par les établissements, tomberont-elles dans le giron des accords de commerce?

Devant l'Association des économistes du Québec le 27 octobre 2014, le ministre des Finances, Carlos Leitao, s'est interrogé publiquement de la manière suivante : « Est-ce qu'il faut que ça soit l'État qui livre des services publics? ». Pourtant, sa réponse était toute prête : « Que ça soit l'État ou quelqu'un d'autre, je pense que c'est secondaire. C'est le service lui-même qui compte ». Ainsi, le ministre croit que « [c]e n'est pas nécessairement à l'État québécois de fournir des services [...] tous les scénarios, dont la privatisation, doivent être étudiés pour réaliser des économies ».⁴¹

La Fédération des chambres de commerce du Québec (FCCQ) partage d'ailleurs cet avis. Dans le communiqué de presse ayant accompagné son passage à la Commission de la santé et des services sociaux, le 23 octobre dernier, elle s'est exprimé de la manière suivante :

« La FCCQ signale aussi que la sous-traitance dans la production d'un service public ou d'une de ses composantes peut être aussi bien livrée par une entité publique comme par une entreprise privée, une coopérative ou un OSBL. De plus, d'un point de vue de développement économique, les entreprises peuvent profiter des marchés publics pour prendre de l'expansion. Dans les fonctions susceptibles de faire l'objet d'une sous-traitance concurrentielle, la FCCQ indique notamment les fonctions auxiliaires (comme l'entretien ménager ou les services informatiques), les chirurgies d'un jour ou encore l'hébergement et les soins de longue durée pour personnes âgées.»⁴²

À la lumière du projet de loi n° 10, même si le ministre a refusé d'admettre que le réseau de la santé était visé⁴³, il est bien clair qu'il ne sera pas épargné. Quoi qu'il en dise, la sous-traitance ne se fera pas que par le recours aux groupes communautaires. Le milieu des affaires est d'ailleurs

⁴¹ Arsenault, Julien. « Ce n'est pas juste à l'État de livrer les services, dit Leitao », La Presse, [En ligne] : <http://affaires.lapresse.ca/economie/quebec/201410/27/01-4813155-ce-nest-pas-juste-a-letat-de-livrer-les-services-dit-leitao.php> (page consultée le 29 octobre 2014).

⁴² FCCQ, *Santé et services sociaux : la FCCQ appuie le Projet de loi n° 10 et propose une contribution accrue du secteur privé*, Communiqué de presse, 23 octobre 2014.

⁴³ Ouellet, Martin. « Québec examine la possibilité de sous-traiter des services publics », La Presse, [En ligne] : <http://www.lapresse.ca/actualites/politique/politique-quebecoise/201410/28/01-4813581-quebec-examine-la-possibilite-de-sous-traiter-des-services-publics.php> (page consultée le 29 octobre 2014).

déjà aux aguets. Le Sommet de Montréal sur l'innovation (SMI), qui se tiendra cette année le 6 novembre 2014 et qui aura pour thème *Santé et industries créatives, une collaboration inspirante et gagnante* a notamment pour objectif d'« explorer le potentiel de synergies entre le domaine de la santé et les industries créatives ». ⁴⁴ Ainsi, il est bien clair que le ministre ne pense pas qu'au domaine des organismes à but non lucratif (OBNL) lorsqu'il s'agit de sous-traiter. Il ne faut pas se leurrer, le projet de loi constitue bel et bien une occasion d'affaires en santé. Et, par la même occasion, la santé devient une marchandise.

À cet effet, une affirmation d'un document rédigé par l'AQESSS n'est pas sans soulever de profondes inquiétudes : « Certaines régions songent même à utiliser ces structures [groupes d'achats en commun] afin de mettre en place de nouveaux services partagés, comme le souhaite le ministère ». ⁴⁵

À quoi fait-on référence exactement? Le projet de loi n° 10 prévoit que le ministre pourra « intervenir pour favoriser la conclusion d'ententes de services » (article 59, al. 1, par. 12) et « permettre l'utilisation de nombreux modèles d'ententes types » (article 59, al. 1, par. 13). De plus, l'établissement régional ou suprarégional proposera directement au ministre de s'associer à un cabinet privé de professionnel-le-s, un laboratoire ou un centre médical spécialisé (article 66). Et c'est sans compter la mise en place des supercliniques annoncées par le ministre. L'entente sera signée par le ministre et l'établissement et c'est l'établissement qui paiera le contrat (article 66).

La FIQ considère que le RRS prend ici tout son sens. C'est par le RRS que le gouvernement compte opérer la sous-traitance des services médicaux généraux et spécialisés, de même que celle des services diagnostiques. Pour ce faire, il passerait par des appels d'offres pilotés par les groupes d'achats en commun. Pourtant, en août 2014, le ministre de la Santé et des Services sociaux avait annoncé officiellement la fin de l'entente conclue, en 2008, par Philippe Couillard, alors ministre de la Santé et des Services sociaux, entente qui liait Rockland MD et l'Hôpital du Sacré-Cœur à

⁴⁴ Chambre de commerce de Montréal, http://www.ccm.ca/fr/m_fs_smi_1114/, page consultée le 10 novembre 2014.

⁴⁵ AQESSS, *La contribution de la fonction approvisionnement dans l'amélioration de la productivité des établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec*, Document de réflexion, AQESSS, s.l., décembre 2010, p. 6.

Montréal. Selon La Presse, un des motifs invoqués voulait que « les coûts facturés par la clinique étaient supérieurs à ceux du réseau public ».⁴⁶ En effet, cette entente a été fort coûteuse pour le réseau public. L'Hôpital du Sacré-Cœur a déboursé, de 2008-2009 à 2013-2014, plus de 25 millions de dollars en six ans. Le coût moyen des chirurgies n'a jamais cessé de croître, passant de 2 047 dollars en 2008-2009 à 3 120 dollars en 2013-2014. Rockland MD n'est pas la seule clinique du genre. Deux autres cliniques ont des « ententes », des contrats avec le réseau public : la Clinique chirurgicale de Laval et l'Institut de l'œil des Laurentides. Ensemble, ces trois cliniques ont ponctionné plus de 14,3 millions de dollars au réseau public pour la seule année 2013-2014.

Pourquoi le ministre de la Santé a-t-il fait une telle annonce si c'est pour en consacrer le modèle quelques mois plus tard dans le projet de loi n° 10? Le gouvernement du Québec aurait-il fait des promesses dans le cadre des négociations sur les marchés publics avec l'Union européenne pour autoriser ainsi une telle ouverture des services médicaux quelques mois à peine après la conclusion de cette entente de commerce?

Cette éventualité est d'autant plus inquiétante que l'affirmation de l'AGESSS, rapportée précédemment, pourrait signifier qu'un établissement ou qu'un groupe d'établissements régionaux serait en mesure de soustraire, par exemple, des chirurgies ou des examens diagnostiques à l'entreprise privée et qu'il pourrait utiliser les groupes d'approvisionnement en commun pour le faire. De plus, selon la valeur du contrat, ce dernier tomberait dans le giron des accords sur les marchés publics et devrait donc être ouvert à l'international.

Par ailleurs, les économies anticipées par les fusions d'établissements, au niveau régional, représenteraient à terme 220 millions de dollars, selon les estimations du ministre de la Santé et des Services sociaux. Or, avec l'entente sur l'AÉCG que vient de conclure le gouvernement du Canada, le coût des médicaments pourrait bien engloutir une partie sinon la totalité de ce montant. En effet, le chapitre sur la propriété intellectuelle prévoit que les produits pharmaceutiques de marque seront mieux protégés dans l'AÉCG en raison de l'ajout d'une période de protection « *sui generis* » de 2 à 5 ans, d'un mécanisme de liaison avec les brevets (droit d'appel) et

⁴⁶ Teisceira-Lessard, Philippe. « PPP avec la clinique Rockland MD : Barrette met fin à l'expérience », La Presse, 26 août 2014, [En ligne] : <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201408/25/01-4794566-ppp-avec-la-clinique-rockland-md-barrette-met-fin-a-l'experience.php> (page consultée le 29 octobre 2014).

d'une protection des données de 6 à 8 ans⁴⁷. Des expert-e-s ont estimé que les dispositions sur la propriété intellectuelle, contenues dans l'AÉCG, pourraient faire augmenter la facture des médicaments de plusieurs centaines de millions de dollars, au Québec seulement⁴⁸.

À la lecture de ces constats, comment le gouvernement peut-il prétendre que la réforme en cours, introduite par le projet de loi n° 10, sera bénéfique pour les patient-e-s? Elle risque plutôt d'être favorable aux entreprises de tout acabit, qu'il s'agisse des nouvelles firmes dans le secteur médical ou des compagnies pharmaceutiques.

En somme, puisque l'objectif du projet de loi consiste à favoriser l'accès aux services pour la population, à améliorer la qualité et la sécurité des soins, et non à créer des occasions d'affaires pour l'entreprise privée :

5. La FIQ RECOMMANDE au gouvernement d'appliquer les mesures nécessaires afin que les établissements de santé du Québec n'aient pas recours au secteur privé à but lucratif dans la livraison des services par le biais de la sous-traitance

⁴⁷ Canada, *Accord économique commercial global entre le Canada et l'Union européenne*, chapitre 22 : Droits de propriété intellectuelle. [En ligne] : <http://www.international.gc.ca/trade-agreements-accords-commerciaux/agr-acc/ceta-aecg/text-texte/toc-tdm.aspx?lang=fra> (page consultée le 29 octobre 2014).

⁴⁸ Grootendorst, Paul et Hollis, Aidan, *Évaluation de l'impact économique des dispositions proposées concernant la propriété intellectuelle dans le secteur pharmaceutique*, Association canadienne du médicament générique (ACMG), 2011, p. 3 : la facture pourrait s'élever à 2,8 milliards de dollars pour le Canada, dont 772,6 millions de dollars pour le Québec.

Chapitre 5

La FIQ : fer de lance du syndicalisme de proposition

41

Depuis plusieurs années déjà, la FIQ se distingue avantageusement sur la scène sociopolitique et syndicale par une approche résolument axée sur la recherche de solutions. Partout où la Fédération est présente, son expertise et sa détermination à trouver des terrains d'entente satisfaisants, pour l'ensemble des parties concernées, sont des traits caractéristiques qui lui sont reconnus. Que ce soit en organisation du travail ou en négociation, la FIQ est toujours du côté des solutions, préférant une approche constructive à l'opposition systématique et stérile.

Dans ce cadre, la FIQ reconnaît que les finances publiques sont dans un état préoccupant et que la politique de l'autruche ne devrait pas être préconisée en la matière. Au contraire, les défis associés à la pérennité des finances publiques devraient fournir une occasion rêvée pour amorcer une véritable démarche de réflexion collective visant à identifier nos priorités et à définir les grandes orientations de notre destin commun.

Malheureusement, le gouvernement semble plutôt avoir choisi une voie dans laquelle les consultations associées à la révision des programmes et à la révision de la fiscalité ressemblent davantage à des exercices de relations publiques visant à augmenter l'acceptabilité sociale de mesures antisociales plutôt qu'à une recherche authentique de solutions novatrices et innovantes. Considérant la gravité de la situation, la FIQ est d'avis qu'une démarche moindrement sérieuse ne peut faire l'économie de solutions réalistes et facilement applicables moyennant un peu de volonté politique. Le dogmatisme n'est pas bonne conseillère en la matière.

Ainsi, les assises du projet de loi n° 10 reposent sur la volonté d'optimiser l'organisation du réseau et à rentabiliser chaque dollar public investi d'où la prétention du gouvernement d'« améliorer » les soins et services, de même qu'à économiser quelques 220 millions en « coupant dans le gras ». Bien évidemment, la FIQ ne peut qu'être en accord avec la volonté affichée du gouvernement. Néanmoins, nous proposons des avenues bien différentes pour parvenir aux mêmes objectifs.

Équilibre budgétaire : de la nécessité d'augmenter les revenus

Pour atteindre l'équilibre budgétaire, plusieurs options peuvent être envisagées. En ce sens, la conduite des politiques publiques est toujours une question de choix. Ainsi, prétendre qu'il n'y a pas d'autres options est une manière commode de disqualifier toute vue discordante, en limitant l'éventail des possibilités à une logique binaire où nous aurions le choix entre l'apocalypse et la solution proposée.

À cet égard, le gouvernement Couillard joue à fond la carte de l'austérité, en dépit des échecs accumulés partout où cette recette est appliquée⁴⁹. Ainsi, pour atteindre l'équilibre budgétaire, la seule solution envisagée, présentement, serait de réduire les dépenses publiques. Ainsi, les nombreuses coupures de postes et de services ayant cours présentement dans le réseau public de santé, de même que les 220 millions prétendument récupérés grâce à l'entrée en vigueur du projet de loi n° 10 participent à cette même logique de compression des dépenses. En tout, ce sont 3,2 milliards que l'on cherche à récupérer, essentiellement en réduisant les dépenses.

En ce sens, il y a tout lieu de se demander pourquoi la colonne des revenus n'est jamais considérée. Pourquoi ne pas chercher à rétablir un certain équilibre budgétaire en augmentant nos revenus? À cet égard, de nombreuses solutions existent. En tant que membre de la Coalition opposée à la tarification et à la privatisation des services publics, nous souhaitons porter à votre attention un document déposé en annexe qui propose, de manière détaillée et réaliste, des pistes de solution qui permettraient à l'État de récupérer 10 milliards de dollars. A-t-on vraiment le luxe, comme société, de se priver de 10 milliards de dollars sans affecter les services auxquels a droit la population? Selon la FIQ, en tant que décideur, le gouvernement a l'obligation morale et professionnelle de considérer les solutions qu'elle lui propose aujourd'hui, si l'objectif demeure, bien évidemment, d'assainir les finances publiques. C'est pourquoi :

6. La FIQ RECOMMANDE au gouvernement de mettre de l'avant des mesures visant à augmenter les revenus de l'État, telles qu'énoncées dans le document de la Coalition opposée à la tarification et à la privatisation des services publics.

Les coûts associés au système public de santé sont souvent cités comme étant une source de dépenses hors de contrôle qu'il faudrait absolument juguler avant qu'il ne soit trop tard. Pour aller au-delà des phrases-chocs et des effets de rhétorique, la FIQ juge que tout exercice moindrement rigoureux de révision budgétaire devrait commencer par un examen approfondi de l'évolution des différents postes budgétaires au sein de

⁴⁹ Schepper, Bertrand. « Et les revenus dans tout ça? ». IRIS. 9 septembre 2014.

l'enveloppe globale du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce n'est pas tout que d'affirmer que les dépenses augmentent. Encore faut-il savoir pourquoi elles augmentent. Est-ce que toutes les affectations augmentent? Est-ce qu'il y a des postes budgétaires plus responsables de l'augmentation des coûts que d'autres?

Un tel examen nous amène d'ailleurs rapidement à constater que ce n'est pas, effectivement, l'ensemble des postes budgétaires qui sont responsables de l'augmentation des coûts liés à notre système public de santé. En l'occurrence, en 2013, le Québec représentait la province qui dépensait le moins (dépenses par habitant et en pourcentage) pour les hôpitaux. D'ailleurs, cette tendance à la baisse se manifeste depuis 1980.

Par ailleurs, le Québec était également la province qui dépensait le plus pour les médicaments, son deuxième poste budgétaire, depuis les années 2000. Ainsi, au Québec, en 2011, les médicaments constituaient toujours la deuxième catégorie de dépenses la plus importante.⁵⁰ Entre 1985 et 2011, les dépenses en médicaments sont passées de 602,5 millions \$ à 7,3 milliards \$, alors que la proportion des dépenses en produits pharmaceutiques est passée de 8,3 % à 19,7 %, soit la proportion la plus élevée au Canada.⁵¹ En l'occurrence, les dépenses liées aux médicaments dans notre système de santé augmentent pratiquement deux fois plus rapidement que les autres postes de dépenses. Ainsi, entre 1985 et 2009, les dépenses totales en santé ont augmenté en moyenne de 5,8 % par année, alors que les dépenses en médicaments prescrits ont augmenté en moyenne de 10,8 % par année.⁵² À eux seuls, les médicaments sont responsables de 22 % de la hausse totale des dépenses de santé pour la même période, soit celle comprise entre 1985 à 2011.

Or, que font le ministère et le gouvernement pour stopper l'hémorragie? Que font-ils pour juguler les dépenses, là où elles explosent? Rien. Comment justifier une telle inertie? Par ailleurs, il a été démontré que le régime mixte d'assurance médicaments profite davantage aux compagnies d'assurances qu'aux citoyen-ne-s québécois-e-s. En effet, l'Association des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP) soutient que le Régime

⁵⁰ Québec, Commissaire à la Santé et au bien-être, « Les médicaments d'ordonnance : État de la situation au Québec ». Deuxième Version, 2014, p. 236.

⁵¹ Ibid. p. 233.

⁵² Ibid. p. 234-235.

général d'assurance médicaments (RGAM) «a représenté de bien meilleures possibilités commerciales qu'une ouverture au privé [...] Sur les 1,2 milliard de dollars de primes perçues annuellement par les assureurs à travers le Québec, près du trois quarts sont liés à l'assurance médicaments ».⁵³

Depuis l'instauration de ce régime en 1996, plusieurs organisations de la société civile réclament l'instauration d'un régime public universel d'assurance médicaments. La FIQ compte parmi ces organisations depuis le début. Depuis près de 20 ans maintenant, l'urgence d'implanter un tel régime ne se dément pas. Ainsi, Marc-André Gagnon et l'IRIS ont signé récemment un argumentaire économique sur le bien-fondé d'un tel régime. Selon les trois scénarios mis de l'avant, les économies vont de 2,9 à 10,7 milliards de dollars : ce qui représente plus que la somme entière que vise à récupérer le président du Conseil du trésor. Devant ces études, le ministre peut-il toujours faire la sourde oreille? L'inaction dans ce secteur ne ferait que confirmer, si besoin était, que les objectifs de cette réingénierie consistent bel et bien à transformer l'État en profondeur. En ce sens,

7. La FIQ RECOMMANDE qu'en vertu de la nécessité d'assainir les finances publiques et d'optimiser chaque dollar investi, un régime public universel d'assurance médicaments soit créé.

8. La FIQ RECOMMANDE au gouvernement de procéder à la révision de la politique du médicament et à mettre en place, de manière urgente, des mesures visant à contenir les coûts des médicaments.

OPTIMISER LES SOINS ET SERVICES : LE RÔLE CENTRAL DE PROFESSIONNELLE EN SOINS

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la volonté d'optimiser les soins et services de santé afin de favoriser un meilleur accès, notamment à l'égard des services de première ligne, fait partie de l'ADN de la Fédération. La FIQ croit fermement que les professionnelles en soins doivent jouer un rôle accru dans la prestation des soins et services de première ligne, en toute conformité, faut-il le préciser, avec les lois qui existent en ce moment, mais qu'il ne reste qu'à mettre en application.

⁵³ Lévesque, Kathleen. « Santé: les assureurs sont prêts à prendre le relais de Québec ». Le Devoir. 1^{er} novembre 2002. p. A-1.

En effet, la Loi 90 autorise les professionnelles en soins à exploiter tout le potentiel de leur champ de pratique respectif. Pourtant, elles ne peuvent actualiser l'esprit de Loi 90 à l'heure actuelle, faute d'ouverture des médecins et des directions professionnelles. En permettant aux professionnelles en soins de s'épanouir et de mettre en pratique l'étendue de leur expertise, elles pourraient contribuer grandement à une amélioration accrue de l'accès aux soins et aux services de première ligne.

C'est justement dans cette optique que la FIQ développe, à l'heure actuelle, des nouveaux modèles de soins et services sans but lucratif, gérés pour et par la communauté. En ce sens, la Fédération a la ferme conviction que le système de santé doit être davantage décentralisé vers les communautés et les citoyen-ne-s, qui doivent pouvoir avoir un mot à dire au sujet des services qu'ils et qu'elles veulent. À l'instar des Centres de la Petite Enfance (CPE), les citoyennes et citoyens doivent pouvoir s'engager dans leur clinique de proximité et dans les décisions relatives au type de services qui y sont rendus. C'est pourquoi la FIQ est préoccupée par le projet de loi no 10, qui va complètement dans le sens contraire, en centralisant davantage l'organisation des soins et services, au lieu de les rapprocher de la population.

Pourtant, une première clinique de proximité a été ouverte en ce sens à Québec et nous espérons que ce modèle pourra en inspirer la multiplication. La clinique en question a comme mission d'offrir à la population des services de première ligne dispensés par des professionnelles en soins. Ainsi, cette clinique permet d'apporter une solution concrète aux problèmes d'accès aux services de santé en première ligne et d'intégrer la promotion de la santé et la prévention dans la pratique, et ce, en dehors de la logique marchande d'entreprise. Ce premier projet pilote nous permettra d'observer, sur le terrain, la mise en œuvre d'une clinique de proximité et d'en dégager des constats qui pourront être, par la suite, utiles pour l'implantation d'autres cliniques ailleurs au Québec dans l'objectif de réaliser un virage réel vers des soins à échelle humaine. Ainsi,

9. La FIQ recommande au gouvernement de décentraliser les soins et services de santé de première ligne vers des cliniques de proximité gérées par la communauté concernée, où chaque professionnel-le de la santé est en mesure d'occuper pleinement son champ d'expertise comme le prescrit la loi.

Par ailleurs, l'accélération du vieillissement de la population crée une pression sans cesse grandissante sur l'organisation des soins et services de première ligne, notamment en ce qui concerne les personnes âgées en perte d'autonomie. Ainsi, la pénurie de places en CHSLD, combinée à la désorganisation d'un réseau de ressources intermédiaires à but lucratif, fait en sorte que les besoins sont mal évalués, que les soins ne sont pas intégrés et que la prise en charge des maladies chroniques s'en trouve affectée. Cette situation alimente le syndrome des portes tournantes, où les personnes âgées sont constamment déplacées en fonction de leur état.

La Fédération ne croit pas qu'il s'agit d'un fonctionnement optimal, en plus de créer de graves préoccupations en matière d'éthique. C'est pourquoi la FIQ propose également un modèle d'hébergement pour personnes âgées sans but lucratif qui placerait les besoins des personnes hébergées au centre des priorités. La FIQ croit fermement à la mise sur pied d'un vaste réseau de petites maisons où les services s'adaptent et se déplacent en fonction des besoins des personnes hébergées, et non pas le contraire, et où les professionnel-le-s ont droit à des conditions de travail et de salaire à la hauteur de leurs compétences. À cet effet,

10. La FIQ RECOMMANDE au gouvernement de mettre en place un réseau de petites maisons pour personnes âgées en perte d'autonomie où les personnes hébergées pourraient passer les dernières années de leur vie dans la dignité en bénéficiant de soins à échelle humaine.

Conclusion

47

Pour la FIQ, il serait dans l'intérêt des professionnelles en soins, ainsi que dans celui des Québécoises et Québécois qu'elles soignent tous les jours, que le ministre retourne à la table à dessin pour y dresser les contours d'une réforme de notre système public de santé qui réponde aux besoins de la population. La FIQ offre son soutien et son expertise au ministre dans sa volonté d'améliorer le réseau public de santé. À nouveau, nous tenons à manifester notre incrédulité devant un projet si ambitieux et structurant alors qu'il n'en a jamais été question il y a quelques mois à peine en campagne électorale.

En ce sens, le projet de loi n° 10 souffre, à la base, d'un double déficit démocratique. Non seulement les Québécoises et Québécois auraient dû être informé-e-s des visées et des orientations du Parti libéral en matière de santé avant les récentes élections, mais il existe, en plus, un consensus retentissant, de l'ensemble des acteurs du réseau de la santé de toute provenance et profession, à l'égard du fait que le projet de loi n° 10 doit être rejeté parce qu'il ne correspond pas aux besoins du réseau. Le ministre connaît trop fonctionnement de ce réseau et la riche expertise des acteurs qui se donnent à chaque jour pour la santé de leurs concitoyen-ne-s pour savoir qu'il est impossible que toutes et tous se trompent, alors que lui seul aurait raison. Alors que le projet de loi n° 10 prétend viser à favoriser et à simplifier l'accès aux services pour la population, à contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, le ministre de la Santé admet, lui-même, que ce n'est pas le cas. En fait, ce serait d'autres mesures devant être annoncées ultérieurement qui devraient permettre d'atteindre cet objectif. C'est l'ensemble des pièces qui composeront cette immense réforme qui aurait dû être révélé à la population québécoise afin qu'elle puisse en mesurer tous les impacts.

Parce que ce projet de loi ne répond d'aucune manière aux besoins des usager-ère-s et des professionnel-le-s qui les soignent dans le réseau public de santé, la FIQ est d'avis qu'il n'y a pas lieu d'adopter le projet de loi n° 10. Il éloigne les soins des patient-e-s au lieu de les en rapprocher. Il centralise les décisions au lieu de les décentraliser. Il n'offre absolument aucun élément permettant de croire que des économies seront au rendez-vous. Il poursuit et approfondit les prémisses du projet de loi n° 25, voté en 2003, alors que le réseau se remet à peine de cette réforme et que le bilan qu'on peut en faire est loin d'être concluant. Il s'appuie sur des idées qui ont échoué dans un système comparable au nôtre, soit en Alberta. Il entraînera un grand bouleversement dans la gestion des relations de travail. De plus, il met la table à une privatisation accrue et à la sous-traitance.

La Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec – FIQ souhaiterait que le ministre efface l'ardoise et recommence son projet pour qu'il réponde véritablement aux besoins de la population et des professionnelles en soins. Si toutefois le ministre devait persister dans son intention de mettre de l'avant sa réforme malgré la désapprobation générale, la Fédération estime qu'il est essentiel de préserver les principes fondamentaux de proximité, de sécurité et de qualité des soins. Les solutions ne sont d'ailleurs pas si loin. Déjà, dans le cadre de ce mémoire, la Fédération vous a fourni certaines recommandations et est pleinement disposée à appuyer le ministre en ce sens. Déjà, l'ouverture du gouvernement actuel à l'égard de certaines solutions nous comble d'espoir.

Dans un premier temps, dans le cadre du Congrès de l'OIIQ, le ministre y est allé d'un vibrant plaidoyer en faveur d'un rôle accru des professionnelles en soins dans le système de santé, notamment par les ordonnances collectives, le pouvoir de prescription et la reconnaissance de l'expertise par l'entremise de la pleine application des principes de la Loi 90. Si le ministre de la Santé n'est pas le premier à formuler de tel propos, il demeure que la FIQ a confiance en sa détermination pour y arriver. Les professionnelles en soins constituent une clé importante à bien des problèmes en regard de l'accès aux soins de première ligne. En ce sens, il est encourageant de voir cette réalité reconnue.

Dans un deuxième temps, le ministre Leitao a déclaré récemment que son gouvernement avait l'intention de recourir davantage au secteur privé et au tiers secteur, composé d'organismes à but non lucratif, d'organismes communautaires et de coopératives, en ce qui a trait à la sous-traitance de la prestation de services publics, qui eux, demeureraient financés publiquement⁵⁴. Pour la Fédération, il est hors de question que la prestation de services publics soit sous-traitée vers le secteur privé à but lucratif. La FIQ a la ferme conviction que la recherche de profit n'est pas compatible avec la nécessité d'offrir des soins et services de santé de qualité et sécuritaire. De plus, il est démontré que le plus un système de santé a

⁵⁴ Ouellet, Martin. « Sous-traitance des services : Leitao ouvert ». Journal Métro. 28 octobre 2014. [En ligne] (page consultée le 11 novembre 2014).

recours au privé à but lucratif, plus ce système sera dispendieux et inefficace⁵⁵.

Cependant, la FIQ accueille favorablement la volonté de développer davantage l'utilisation des organismes privés à but non lucratif dans la prestation des services publics. Tel que mentionné précédemment, la Fédération est d'avis que l'avenir des soins et services de santé passe par une décentralisation et par leur prise en charge par les communautés, les citoyen-ne-s et les usager-ère-s. En étant que parties prenantes de l'organisation de leurs soins et services, les Québécoises et Québécois seront davantage à même de combler leurs besoins et d'adapter les services en fonction de ceux-ci, et non pas le contraire. S'il y a une grande révolution à faire et un changement de culture à opérer, c'est bien là que cela doit commencer, selon l'avis de la FIQ. Conformément au syndicalisme de proposition qu'elle pratique, en raison de son expertise, de sa connaissance du réseau et des besoins des patient-e-s, et par sa volonté d'inscrire son nom dans l'échafaudage des soins et services de santé de demain, la FIQ propose des modèles de soins de première ligne et d'hébergement de personnes âgées en perte d'autonomie basés sur les valeurs intemporelles de solidarité et de partage, mais également ancrées dans la réalité du XXI siècle. C'est grâce à des idées comme celles-ci que nous réussirons à progresser collectivement et à développer des soins et services à échelle humaine, sans égard à la capacité de payer.

⁵⁵ Voir notamment Devereaux, P.J., Heels-Ansdell, D., Lacchetti, C., Haines, T., Burns, K.E.A., Cook, D.J., et coll. (2004). *Payments for care at private for-profit and private not-for-profit hospitals: A systematic review and meta-analysis*. *Journal de l'Association médicale Canadienne*, 170(12), 1817-1824 et Dhalla, I. (2007). *Private health insurance: An international overview and consideration for Canada*. *Healthcare Quarterly*, 10(4), p. 89-95.

Résumé des recommandations

50

1. La FIQ RECOMMANDE le maintien d'un réseau local de soins et services de santé.
2. La FIQ RECOMMANDE le maintien du financement des établissements de santé par mission.
3. La FIQ RECOMMANDE que le gouvernement mette en place un lieu où les parties pourront discuter des différents impacts du projet de loi n° 10 en regard des conditions de travail des professionnelles en soins.
4. La FIQ RECOMMANDE que la publication des règlements, qui encadrent le réseau public, soit conforme aux règles en vigueur.
5. La FIQ RECOMMANDE au gouvernement d'appliquer les mesures nécessaires afin que les établissements de santé du Québec n'aient pas recours au secteur privé à but lucratif dans la livraison des services par le biais de la sous-traitance.
6. La FIQ RECOMMANDE au gouvernement de mettre de l'avant des mesures visant à augmenter les revenus de l'État, telles qu'énoncées dans le document de la Coalition opposée à la tarification et à la privatisation des services publics.
7. La FIQ RECOMMANDE qu'en vertu de la nécessité d'assainir les finances publiques et d'optimiser chaque dollar investi, un régime public universel d'assurance médicaments soit créé.
8. La FIQ RECOMMANDE au gouvernement de procéder à la révision de la politique du médicament et à mettre en place, de manière urgente, des mesures visant à contenir les coûts des médicaments.
9. La FIQ RECOMMANDE au gouvernement de décentraliser les soins et services de santé de première ligne vers des cliniques de proximité gérées par la communauté concernée, où chaque professionnel-le de la santé est en mesure d'occuper pleinement son champ d'expertise comme le prescrit la loi.
10. La FIQ RECOMMANDE au gouvernement de mettre en place un réseau de petites maisons pour personnes âgées en perte d'autonomie où les personnes hébergées pourraient passer les dernières années de leur vie dans la dignité en bénéficiant de soins à échelle humaine.

Annexe 1

Liste des organismes d'approvisionnement en commun pour les régions sociosanitaires du Québec au 28 juin 2014

51

- SigmaSanté a été créée en 1994; elle comprend les régions de Montréal et de Laval;
- Groupe d'approvisionnement en commun de l'Est-du-Québec (GACEQ) a été créé le 1^{er} avril 2012 pour les régions : Bas-Saint-Laurent; Saguenay-Lac-Saint-Jean; Capitale-Nationale; Mauricie et Centre-du-Québec; Estrie; Côte-Nord; Nord-du-Québec; Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine; Chaudière-Appalaches; il s'agit de la fusion de 6 organismes d'approvisionnement en commun qui avaient été créés entre 1993 et 1999;
- Groupe d'approvisionnement en commun de l'ouest du Québec a été créé le 28 juin 2014 pour les régions : Outaouais; Abitibi-Témiscamingue; Lanaudière; Laurentides; Montérégie; il s'agit de la fusion de 4 organismes d'approvisionnement en commun créés entre 1994 et 2000; une première fusion a eu lieu entre trois groupes le 1^{er} avril 2012, puis la région de la Montérégie s'est jointe à ce groupe le 28 juin 2014.

Source : <http://www.cpacsante.qc.ca/> (page consultée le 17 octobre 2014).

Annexe 2

Tableau des solutions fiscales et mesures de contrôle des dépenses

| Coalition opposée à la tarification et à la privatisation des services publics | | | |
|--|---|--------------------------------|---------------------|
| TABLEAU DES SOLUTIONS FISCALES ET MESURES DE CONTRÔLE DES DÉPENSES | | | |
| Juin 2013 | | | |
| Mesures de contrôle des dépenses (argent récupéré annuellement en millions de \$) | | | |
| Revenus fiscaux supplémentaires (argent récupéré annuellement en millions de \$) | | | |
| A- RÉINSTITAURER LA PROGRESSIVITÉ DE L'IMPÔT DES PARTICULIERS | | | |
| 1 | Établir 10 paliers d'imposition (paliers proposés) | | 1 000 M\$ |
| | 15 % = 10 925 \$ à 24 999 \$ | 26 % = 60 000 \$ à 69 999 \$ | |
| | 16 % = 25 000 \$ à 34 999 \$ | 28 % = 70 000 \$ à 99 999 \$ | |
| | 18 % = 35 000 \$ à 39 999 \$ | 30 % = 100 000 \$ à 149 999 \$ | |
| | 20 % = 40 000 \$ à 49 999 \$ | 32 % = 150 000 \$ à 199 999 \$ | |
| | 24 % = 50 000 \$ à 59 999 \$ | 34 % = 200 000 \$ et plus | |
| 2 | Abolir le crédit d'impôt sur les gains en capital des particuliers | | 556 M\$ |
| 3 | Diminuer le plafond des REER (de 23 820 \$ à 12 000 \$) | | 300 M\$ |
| 4 | Réduire les crédits d'impôt pour dividendes (50 % de 315 millions \$ en 2012) | | 157 M\$ |
| 5 | Moduler les taxes à la consommation en fonction des biens achetés | | 745 M\$ |
| B- RÉTABLIR UN ÉQUILIBRE ENTRE LES IMPÔTS DES PARTICULIERS ET LES IMPÔTS DES ENTREPRISES | | | |
| 6 | Augmenter le taux provincial d'imposition des entreprises à 15 % (actuellement à 11,9 %) | | 1 220 M\$ |
| 7 | Augmenter la contribution fiscale des institutions financières notamment en rétablissant la taxe sur le capital pour les entreprises financières | | 600 M\$ |
| 8 | Revoir les mesures fiscales destinées aux entreprises : 8.1 Abolir le crédit d'impôt pour gain en capital (402 M\$); 8.2 Éliminer les mesures permettant de reporter le paiement des impôts d'us (568 M\$); 8.3 Revoir les politiques de congés fiscaux (238 M\$) | | 1 210 M\$ |
| 9 | Réduire les subventions aux entreprises | | 500 M\$ |
| 10 | Augmenter les redevances sur les ressources naturelles (dans le respect des revendications autochtones et en tenant compte du partage des revenus avec les communautés locales) (ex. : l'industrie minière – redevances hybrides sur la valeur brute (3 à 8 %) et sur les profits (10 à 25 %)) | | 410 M\$ |
| 11 | Abolir les contrats secrets avec Hydro-Québec | | 890 M\$ |
| C- LUTTER CONTRE LA FRAUDE | | | |
| 12 | Lutter contre l'évasion fiscale et l'évitement fiscal | | 500 M\$ |
| 13 | Lutter contre la corruption dans l'attribution des contrats gouvernementaux (ex. : dans le domaine de la construction) | | 600 M\$ |
| D- MESURES DIVERSES | | | |
| 14 | Cesser de recourir aux agences de placement privées dans les institutions publiques de santé | | 71 M\$ |
| 15 | Adopter des mesures de contrôle du coût des médicaments, dont l'instauration d'un régime entièrement public d'assurance médicaments | | 1 000 M\$ |
| 16 | Utiliser le logiciel libre par l'ensemble de l'appareil gouvernemental | | 266 M\$ |
| E- AUTRES SOLUTIONS FISCALES POTENTIELLES À L'ÉTUDE | | | |
| La Coalition ne dispose pas des données nécessaires pour estimer un montant d'économies lié à ces mesures. | | | |
| 17 | Cesser de recourir aux PPP dans la construction d'infrastructures publiques. | | ? |
| 18 | Cesser de recourir aux cliniques médicales spécialisées (30 à 40 % d'économies envisageable) | | ? |
| 19 | Adopter une politique de rémunération maximale des cadres et dirigeants des institutions publiques, parapubliques et les sociétés d'État (ex. : Hydro-Québec, Loto-Québec, CSST, universités, CÉGEP, hôpitaux, etc.) | | ? |
| TOTAL DE LA PROJECTION | | | 3 950 M\$ 6 075 M\$ |
| GRAND TOTAL (revenus fiscaux + contrôle des dépenses) | | | 10 025 M\$ |

