

Une gouvernance régionale et des réseaux locaux de services : au service de qui ?

**Mémoire présenté à la Commission
des affaires sociales lors des
auditions publiques sur le projet de
loi n° 25 : Loi sur les agences de
développement de réseaux locaux
de services de santé et de services
sociaux**

**Par la Centrale des syndicats du Québec
(CSQ)**

2 décembre 2003

Dans le secteur de la santé et des services sociaux, la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) représente toutes les catégories de personnel œuvrant dans les régions régionales et dans tous les types d'établissements du réseau. Ces membres sont regroupés au sein des trois fédérations présentant les orientations du présent mémoire.

La CSQ place au premier plan la promotion et le développement de services publics de qualité, notamment en santé et services sociaux et la construction d'une société plus juste et équitable. C'est donc avec une préoccupation certaine envers l'avenir de notre système public de santé et de services sociaux que la CSQ prend part aux différents débats de société qui le mettent en jeu. La CSQ est également membre de la Coalition Solidarité Santé et a souscrit à son Manifeste pour la sauvegarde d'un système public de santé et de services sociaux.

Orientations :	Centrale des syndicats du Québec (CSQ) Fédération des syndicats de professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux (FSPSSS-CSQ) Fédération du personnel de la santé et des services sociaux (FPSSS-CSQ) Union québécoise des infirmières et infirmiers (UQII-CSQ)
Responsable politique :	Louise Chabot, vice-présidente, CSQ
Rédaction :	Hélène Le Brun, conseillère, CSQ Gabriel Danis, conseiller, CSQ
Collaboration :	Nicole de Sève, conseillère, CSQ Pierre Lefebvre, conseiller, CSQ
Édition :	Jocelyne Sylvestre, secrétaire
Révision :	Louise Ouimet, secrétaire Micheline Jean, secrétaire

La Centrale des syndicats du Québec (CSQ) représente environ 168 000 membres.

La CSQ compte 13 fédérations qui regroupent environ 250 syndicats affiliés en fonction des secteurs d'activité de leurs membres ; s'ajoute également l'Association des retraitées et retraités de l'enseignement du Québec (A.R.E.Q.).

Les membres de la CSQ occupent plus de 350 titres d'emploi. Ils sont présents à tous les ordres d'enseignement (personnel enseignant, professionnel et de soutien) de même que dans les domaines de la garde éducative, de la santé et des services sociaux (personnel infirmier, professionnel et de soutien, éducatrices et éducateurs), du loisir, de la culture, du communautaire et des communications.

De plus, la CSQ compte en ses rangs 69 % de femmes et 25 % de jeunes âgés de moins de 35 ans.

Sommaire du projet de loi

Le projet de loi n° 25 intitulé Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux a été présenté à l'Assemblée nationale, le 11 novembre 2003, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, Philippe Couillard.

Les nouveaux réseaux locaux de services seront mis en place par les « agences de développement » créées par le projet de loi 25 :

- ces agences succéderont, à compter du 30 janvier 2004, aux actuelles régies régionales ; le territoire d'une agence est le même que celui de la régie qu'elle remplace et son siège social est situé au même endroit que celui de la régie ;
- l'agence est administrée par un conseil d'administration d'au plus 16 membres nommés par le ministre ;
- la mission de ces agences sera de voir à la mise sur pied, sur son territoire, d'une « organisation de services intégrés visant à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau de la santé et des services sociaux » ; à cette fin, l'agence devra proposer au ministre, dans le délai qu'il fixe, un modèle d'organisation basé sur un ou plusieurs réseaux locaux de services de santé et de services sociaux couvrant tout ou une partie de son territoire (art. 23).

Chacun de ces réseaux locaux de services doit comprendre une instance locale formée pour regrouper les établissements offrant les services d'un CLSC, d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et d'un centre hospitalier (CH). À ces instances locales devront s'ajouter des médecins de famille, des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale et des ressources privées faisant partie de son territoire, associés à l'instance locale par entente ou autres modalités.

Des mesures transitoires assurent que le personnel des actuelles régies régionales en fonction le 29 janvier 2004 deviendra, sans autre formalité, le personnel des agences créées par la Loi et qu'il occupera le poste et exercera les fonctions qui lui seront assignées par l'agence.

La Loi entrera en vigueur le 30 janvier 2004 et le ministre devra faire rapport de son application à l'Assemblée nationale au plus tard le 30 janvier 2006.

Pour le moment, donc, mis à part le nouveau mandat de développer des réseaux locaux de services, les nouvelles « agences » sont, en pratique, de parfaits clones des régies régionales actuelles. Cependant, leur modalité de transformation, à la fin de ce mandat, fera l'objet d'amendements, non connus dans l'immédiat, à la Loi sur les services de santé et les services sociaux dans l'année 2006.

TABLE DES MATIÈRES

Commentaires généraux et présentation du mémoire.....	7
Situation contextuelle : 30 ans de gouvernance	8
La décennie 1960, la prise en charge étatique.....	8
La décennie 1970, un pouvoir central fort.....	9
La décennie 1990, le début d'une décentralisation régionale et d'une gestion plus démocratique	10
Les années 2000, un recul démocratique.....	11
La gouvernance régionale doit être plus qu'une gérance budgétaire.....	11
Une orientation ministérielle qui manque de transparence.....	11
La décentralisation de la programmation a ses limites	12
La voie à plus de privatisation	13
Des réseaux locaux de services intégrés : au service de qui ?	14
Un modèle qui veut généraliser les centres de santé	14
Des effets réducteurs sur l'offre de services	15
Et les médecins ?	17
Un bon diagnostic mais un mauvais traitement	17
Impact sur le personnel.....	18
La participation citoyenne démocratique	19
Un processus de consultation nettement insuffisant	22
L'objectif ultime du gouvernement libéral, la réingénierie.....	22
Conclusion et recommandations.....	25

Commentaires généraux et présentation du mémoire

Pour la majorité des actrices et des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, il était devenu évident que, par suite d'une série de réformes successives, le Québec en avait fini de changer les structures de son réseau. Pour toutes et tous, on allait maintenant s'attaquer aux véritables problèmes vécus au quotidien tant pour la population que pour les travailleuses et travailleurs du réseau.

Le diagnostic de la situation fait consensus au sein des milieux et au sein du Ministère également. Sous-financement chronique, pénurie de personnel, accès à des services médicaux sous un mode continu, accès à des soins et à du soutien à domicile, réduction des listes d'attente et hébergement et soins de longue durée de qualité, voilà sur quels sujets le ministre avait promis d'agir et les problèmes que les Québécoises et les Québécois voulaient voir résoudre en priorité.

Mais voilà que le premier traitement proposé par le gouvernement, avec la présentation du projet de loi 25, impose encore un nouveau changement de structures. Transformation des régions régionales, nouvelles fusions d'établissements, disparition de l'identité légale des centres locaux de services communautaires (CLSC) et des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), primauté à la mission hospitalière. Le diagnostic était bon, le traitement est-il approprié ?

Le changement de structures proposé n'émerge aucunement des milieux. Il est mis sur la table dans un contexte où la population s'attend à plus de services et où le personnel du réseau se remet, à peine, des impacts d'une réforme ratée d'un virage ambulatoire conçu sans moyens. De l'avis de la CSQ, cela relève d'une démarche peu respectueuse des personnes aux prises avec des problèmes sociaux et de santé et n'est certes pas de nature à enthousiasmer et à mobiliser le personnel du réseau.

L'objectif initial et officiel du Ministère semble louable : vouloir consolider la première ligne sociale et médicale, faire en sorte que tous les partenaires travaillent mieux ensemble, que les services soient mieux intégrés et que leur continuité soit assurée. Mais est-il vraiment besoin de procéder à des abolitions d'instances, à des fusions et à des démantèlements pour y arriver ?

La conviction de la CSQ est tout autre.

Alors que tous les partenaires du réseau réclament plus de moyens, plus de personnes pour s'occuper des prises en charge, plus d'humanisation des soins et des services, le Ministère commence par de nouveaux chambardements structurels pour lesquels personne n'en a exprimé le besoin. La question est simple : pourquoi ? Quelles sont les véritables intentions ministérielles ? Quel plan de réingénierie est à l'origine du projet de loi 25 ? À quels véritables besoins répond-il ? Quelles sont les finalités ultérieures de cette nouvelle modélisation du réseau ? Pourquoi précipiter des changements de structures ?

Le moins que l'on puisse dire, c'est que les fondements à l'origine du projet de loi 25 sont loin d'être clairs ni transparents.

Dans ce mémoire, la CSQ s'attardera surtout à démontrer comment la transformation de la gouvernance régionale et la fusion administrative des établissements ne sont pas nécessaires à l'atteinte des objectifs d'une intégration des services. L'analyse de la CSQ se développera autour de six thèmes porteurs : d'abord, un rappel historique de la gouvernance du système de santé et de services sociaux au Québec, l'analyse de la gouvernance régionale proposée par le projet de loi 25, l'analyse des modalités structurelles proposées par le projet de loi pour la création de réseaux locaux de services, la démonstration des impacts des changements proposés sur le personnel, les impacts sur la participation citoyenne démocratique et l'insuffisance du processus de consultation actuelle. Par la suite, une section recadrera le présent projet de loi 25 dans l'ensemble des projets de loi déposés par Québec au cours de l'automne et s'inscrivant dans le plan gouvernemental de réingénierie de l'État. Finalement, la CSQ conclura son mémoire avec des recommandations concrètes sur le suivi à accorder au projet de loi 25.

Situation contextuelle : 30 ans de gouvernance

Le projet de loi 25 sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux remet en question l'actuel mode de gouvernance du système de santé québécois. Afin de situer les intentions gouvernementales dans une perspective plus large, il est utile de faire un rappel historique des différents modes de gouvernance régissant le réseau de santé québécois au cours des trente dernières années.

- **La décennie 1960, la prise en charge étatique**

Avant les années 1960, l'intervention de l'État en matière de santé et de services sociaux était conçue comme étant essentiellement supplétive. Si bien qu'à l'époque, plusieurs familles ont dû s'endetter ou faire des choix douloureux pour se payer des services de santé. Les années 1960 constituent une période charnière au point de vue de l'évolution de l'intervention étatique au Québec. L'intervention étatique québécoise, tant à l'égard de l'organisation des services de santé qu'à l'égard de la santé publique, s'inscrit dans des courants sociaux partagés par plusieurs sociétés occidentales industrialisées. La prise en charge étatique de la santé au Québec découle et s'appuie grandement sur les travaux de la commission Castonguay-Nepveu (1967-1972). Cette commission juge que la régionalisation et la participation du public sont des moyens importants permettant d'améliorer la qualité et l'efficacité des services. La société québécoise fait alors le choix de services de santé publics, universels et gratuits, entériné par l'adoption de la Loi sur l'assurance maladie.

- **La décennie 1970, un pouvoir central fort**

En 1971, le gouvernement québécois d'alors adopte la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Le nouveau réseau des affaires sociales, sera formé des conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS), des centres locaux de services communautaires (CLSC), des centres d'accueil, des centres hospitaliers (CH) et des centres de services sociaux (CSS). Graduellement, des centres d'accueil de réadaptation (CAR, les actuels centres de réadaptation) viendront se greffer au réseau. Ce dernier est chapeauté par le ministre des Affaires sociales (MAS). Le nouveau ministère est né de la fusion du ministère de la Famille et du Bien-être social et du ministère de la Santé. Il est à noter que l'implantation des cabinets privés de médecins et autres professionnels échappera, comme maintenant, à ce contrôle étatique, ce qui ne sera pas sans causer de sérieux problèmes à l'exercice de planification centralisée.

Les CRSSS sont alors composés d'un conseil d'administration de 22 membres : 4 désignés par les maires, 2 nommés par le gouvernement, 3 provenant des établissements d'enseignement et 12 des établissements de santé et services sociaux. Les CRSSS sont imputables, en premier lieu, au gouvernement et doivent faire rapport annuellement à l'Assemblée nationale. Les gouvernements ont toujours hésité à mettre en place une véritable décentralisation administrative au profit des CRSSS, ce qui a fait dire à la Commission Rochon de 1988 que ces conseils régionaux étaient dans une impasse.

En 1973, on assiste à la mise sur pied de 32 départements de santé communautaire (DSC) dans autant de centres hospitaliers. Leur mission, mal définie, consiste à intégrer les préoccupations de santé publique de la commission Castonguay-Nepveu dans le système de santé et des services sociaux. Les DSC recentrent leurs activités vers la production et la diffusion d'information sur l'état des populations et l'évaluation des résultats des interventions. Ce repositionnement accentue les chevauchements avec les CRSSS. De plus, le développement et la consolidation des CRSSS perturbent les mandats des DSC et augmentent la confusion. À partir de 1984, il y aura un transfert définitif de la prestation des services préventifs directs des DSC aux CLSC.

En 1975, le ministère des Affaires sociales modifie de façon importante la structure de la Direction générale de la programmation. On passe d'une division de directions par programme (santé, services sociaux, programmes spéciaux) à une division d'unités administratives qui correspondent aux quatre catégories d'établissement (santé, services sociaux, services communautaires et santé communautaire). S'en suit une relation plus claire et directe entre le ministère et chacun des établissements. Ces directions, notamment la Direction générale des programmes de santé prennent alors le pas sur les CRSSS. La confusion quant au rôle des CRSSS a donc permis, pendant 20 ans, soit de 1971 à 1992, au Ministère de demeurer en contact étroit avec les administrateurs d'établissements.

- **La décennie 1990, le début d'une décentralisation régionale et d'une gestion plus démocratique**

En 1991, à la suite de la Commission Rochon, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* est amendée, remplaçant celle de 1971. Le ministère devenu en 1985 le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) se déleste de 200 postes sur 1200 avec la transformation des CRSSS en régies régionales de la santé et des services sociaux. Le ministère décentralise ainsi une partie de ses activités vers les régies régionales. Par rapport au CRSSS, la décentralisation s'observe quant à l'autonomie dans la sélection des dirigeants régionaux et quant à l'accroissement des compétences intra régionales, notamment dans leurs rapports aux établissements. Cependant, le pouvoir de financement reste absent et les organismes centraux (gouvernement, ministère, Conseil du trésor) détiennent toujours d'immenses pouvoirs de réglementation et de gestion. Les régies régionales améliorent le caractère démocratique de la gouvernance régionale, puisque les membres des conseils d'administration sont dorénavant élus plutôt que nommés. Cette réforme annonce la fin des contacts directs entre le Ministère et les établissements, les interlocuteurs privilégiés du gouvernement deviennent les régies régionales de la santé et des services sociaux.

Le ministre crée, aussi, une direction générale de la santé publique. Il rétablit verticalement la fonction santé publique au sein du système, les régies régionales s'étant dotées d'une telle direction.

Du côté des régies régionales, les conseils d'administration sont formés de 23 à 25 membres provenant de divers collèges électoraux répartis ainsi : 40 % des personnes élues par les établissements de la région ; 20 % des personnes élues par des organismes communautaires ; 20 % des personnes élues par les organismes que la régie désigne comme les plus représentatifs des groupes socioéconomiques et 20 % des personnes élues parmi les élus municipaux. Les établissements d'enseignement n'y sont plus représentés. Comme nous l'avons dit auparavant, le ministre ne nomme plus de représentants ; tous les membres sont ainsi *affranchis de tout lien de dépendance avec l'instance centrale*. L'imputabilité de ces nouvelles instances est améliorée puisque les régies se doivent de tenir des séances publiques. Tous les ans, les régies doivent déposer un rapport aux ministres et, tous les trois ans, elles devront se présenter devant la Commission parlementaire des affaires sociales. D'autres types d'établissements subissent des modifications. Les fonctions d'établissements et de soins de longue durée sont maintenant réunies sous une même appellation : CHSLD. Les centres de services sociaux (CSS) se concentrent sur l'intervention auprès des jeunes et deviennent des centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ, les actuels CJ). Les conseils d'administration de ces établissements comportent deux groupes : direction générale et employés d'une part et usagers, représentants de la population, de l'éducation et de la justice d'autre part. Les établissements qui regroupent une même clientèle sont réunis sous une seule autorité, soit un CA et un DG (ex : CHSLD d'un même territoire de MRC, CR et CPEJ sur une base régionale).

- **Les années 2000, un recul démocratique**

En 2001, avec la réforme Trudel et l'adoption du projet de loi n° 28, l'État porte atteinte à l'autonomie de la représentation régionale (et donc à sa démocratie) tant souhaitée depuis la réforme de la santé et des services sociaux de 1991. Par cette loi, les représentants élus de la population siégeant aux conseils d'administration des régies régionales seront dorénavant nommés par le ministre plutôt que par le conseil d'administration.

Pour compenser, il crée des organismes régionaux de consultation, les Forums de la population. Il ne fait aucun doute que ces forums constituent une forme de participation populaire inférieure en qualité à la capacité de siéger à un conseil d'administration. Ces « organismes fantômes » seront d'ailleurs consultés par les nouvelles agences de développement quant à l'élaboration de réseaux locaux de services intégrés. En définitive, l'imputabilité démocratique et la participation citoyenne ont toujours, jusqu'à la réforme Trudel de 2001, progressé dans les modes de gouvernance du système de santé et de services sociaux. Un recul démocratique, amorcé par la réforme de 2001, se poursuit et s'accélère par le présent projet de loi n° 25.

La gouvernance régionale doit être plus qu'une gérance budgétaire

L'approche étapiste adoptée par le ministre dans le projet de loi 25 est dangereuse. Il abolit, dès maintenant, les régies régionales pour les remplacer par des agences de transition. Or, mis à part l'ajout du nouveau mandat de développer des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, ces agences de transition auront exactement le même profil que les régies actuelles. De toute évidence, leur création, abolissant les régies régionales, n'est nullement nécessaire pour réaliser, localement, des réseaux intégrés de services.

- **Une orientation ministérielle qui manque de transparence**

Quelles sont donc, au terme du mandat des agences de transition, les réelles intentions du ministre quant à la gouvernance régionale ? Le projet de loi ne fournit aucune indication. Le moins que l'on puisse dire est que l'orientation ministérielle est loin d'être claire et transparente. En somme, le ministre demande à la population et aux actrices et acteurs du réseau de lui signer un chèque en blanc. Ce n'est qu'en janvier 2006 (art. 42) que nous connaissons les volontés réelles du ministre. À ce moment, le chemin aura été tracé ; les régies régionales étant abolies, il ne sera guère question de retourner aux présents acquis.

De plus, devant les directrices et directeurs généraux d'établissement, le ministre a indiqué qu'à ce moment, il y aura une redéfinition des territoires sociosanitaires régionaux. Est-ce pour diminuer leur nombre de moitié comme en Alberta ? Pourrait-on se retrouver, à terme, avec des territoires régionaux à haut taux de dispersion dont la gouvernance échapperait ainsi aux populations concernées ?

Lors de cette rencontre, le ministre a aussi mentionné qu'il considérait l'actuelle gouvernance régionale comme étant trop lourde. Les régies régionales embrassent trop large, s'occupant, inopinément à son avis, de programmation alors que leur mandat devait en être un strictement de gestion de services. Dans sa vision, la gouvernance régionale doit se centrer sur sa fonction propre, soit celle de distribuer les ressources financières et d'assurer les arbitrages nécessaires au niveau régional pour garantir une équité des ressources. Sur le plan de la planification et de l'organisation de services, seuls les services spécialisés, la santé publique et les plans de services médicaux devraient demeurer sous sa responsabilité. Les réseaux locaux devraient avoir toute la marge de manœuvre sur la programmation sociosanitaire répondant aux besoins de la population de leur territoire.

En pratique, le ministre veut donc réduire la gouvernance régionale et faire du palier régional un simple centre de gestion budgétaire.

Est-ce là une orientation saine au regard des services à la population ? La CSQ a déjà fait valoir dans un mémoire précédent¹ la nécessité de sauvegarder les mandats tant nationaux, que régionaux, que locaux dans la programmation des services. La Centrale le réitère encore cette fois-ci.

- **La décentralisation de la programmation a ses limites**

Bien sûr, les établissements de première ligne doivent jouir d'une marge de manœuvre suffisante pour adapter les grandes orientations nationales en matière de programmation. Bien sûr, certains besoins peuvent être plus criants sur un territoire plutôt que sur un autre, pensons au phénomène de l'itinérance, par exemple. Bien sûr, des spécificités socioculturelles (niveau socioéconomique, concentration ethnique, population particulièrement âgée, etc.) exigent que les milieux locaux adaptent leur programmation aux caractéristiques de leur population. Mais une équité dans l'offre et dans la prestation de services ne commande-t-elle pas aussi le respect de balises nationales ?

La décentralisation de l'organisation des services a ses limites parce que la population du Québec a droit à une gamme complète de services de santé et de services sociaux quel que soit son lieu de résidence. Une trop grande décentralisation conduit forcément à beaucoup de disparités régionales, particulièrement dans un contexte de rationalisation budgétaire.

Les instances locales ne sont pas à l'abri des pressions sociales de groupes locaux en matière de priorités sociosanitaires et peuvent davantage faire face à des préjugés à l'égard de certains programmes. Plusieurs services pourraient être ainsi fragilisés dans certaines régions parce que moins vendeurs : des services pour toxicomanes, des cliniques de maladies transmises sexuellement, par exemple. D'autres services ou

¹ Centrale de l'enseignement du Québec, *Pour le meilleur... mais non pour le pire*, Mémoire sur le projet de loi n° 404 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux, Montréal, (CEQ D10615), mars 1998.

programmes peuvent entrer en conflit avec les intérêts d'entreprises locales : un centre d'hébergement privé s'opposant à de nouvelles mesures publiques favorisant le maintien à domicile, comme autre exemple. Dans d'autres cas, si la densité de population s'avérait trop marginale pour certains services dans un territoire donné, la tentation pourrait être grande de ne plus les offrir, obligeant ainsi la population à se déplacer ou à recourir à des services privés.

Il fait partie des fonctions de planification et de programmation régionales de voir à ce qu'il reste suffisamment de subsides budgétaires pour que des localités, plus petites, situées aux limites géographiques de leur région, aient accès à certains programmes dans leur propre communauté, des ressources d'hébergement en santé mentale, par exemple. Sans vigilance régionale au regard de la planification et de la programmation des ressources, des ruptures de services, voire des vides complets pourraient survenir.

De façon générale, il sera plus difficile de maintenir un niveau adéquat de services de nature préventive et psychosociale (groupes d'enfants ayant vécu un divorce parental, par exemple) par rapport aux besoins plus criants de services de nature médicale et curative.

De l'avis de la CSQ, donc, il doit continuer d'y avoir une programmation nationale publique de base définissant les services qui devront être assurés dans toutes les régions du Québec (planification des naissances, sida, intervention contre la violence, prévention du suicide, etc.). Les paramètres doivent continuer à être déterminés nationalement pour que les services s'appliquent également sur l'ensemble du territoire québécois. Il doit y avoir une transparence dans les plans d'organisation de services de chaque région, et ceux-ci doivent être connus publiquement à l'échelon national. Cela n'empêche nullement qu'il puisse exister une marge de manœuvre locale permettant de mieux desservir la population. Le détail des plans d'organisation et l'adaptation des programmes de santé et de services sociaux peuvent être réalisés localement.

- **La voie à plus de privatisation**

En bout de piste, plus la décentralisation est réelle sur le plan de la programmation sociosanitaire, plus la tentation est grande, pour un établissement, de réduire sa mission aux stricts services essentiels. Le recours à la sous-traitance ou au travail des groupes communautaires en est ainsi facilité. Certaines directions d'établissement pourraient y succomber pour des besoins qu'elles considèrent, localement, comme non prioritaires ou complémentaires. D'autres pourraient y prendre prétexte de se conformer à des directives ministérielles les invitant à se délester de missions qui, selon des diktats du modèle de partenariat public-privé, peuvent être effectuées par d'autres à moindres coûts. Dans certains cas, cela pourrait se faire en l'absence de mécanismes de contrôle et au détriment de la qualité des services offerts.

Dans ce contexte, réduire la mission de la gouvernance régionale à un simple mandat de contrôle budgétaire encourage assurément des privatisations.

Sans conteste, cette analyse éclaire les réelles intentions gouvernementales. En effet, ces orientations quant à la gouvernance régionale s'inscrivent très bien, comme nous le verrons plus loin, dans la vision libérale de réviser les rôles des instances étatiques et de rechercher largement des partenariats public-privé.

La création des agences régionales de transition est loin d'être une mesure mineure et encore moins une mesure inoffensive.

Il est donc absolument inadmissible que le gouvernement libéral tente de passer un tel projet de loi, en douce, sans débat public et, surtout, sans clarifier ses intentions finales ultérieures.

Des réseaux locaux de services intégrés : au service de qui ?

Dans la conception ministérielle, il semble absolument nécessaire, aux fins de créer un réseau intégré de services et de cesser le travail effectué en *silo*, de fusionner les établissements d'un territoire populationnel. Il fait donc, comme objectif principal du projet de loi 25, la fusion dans une unité administrative unique des établissements offrant les services d'un CLSC, d'un CHSLD et d'un centre hospitalier.

- **Un modèle qui veut généraliser les centres de santé**

Le ministre repose une partie de ses arguments en faveur de la fusion des établissements sur la réussite des quelques dizaines de centres de santé québécois ayant adopté ce modèle. Or, le contexte situationnel des centres, qui ont procédé à ce regroupement structurel, est fort distinct. Ces centres se sont implantés, à partir de centres hospitaliers de très petite taille (50 lits et moins), dans des localités éloignées des grands centres ou sur un territoire situé à l'extrémité d'une région, délimité de façon restreinte et desservant une population à faible densité. Ils visaient surtout à conserver sur ces territoires des services hospitaliers de base (urgences, plateau technique de diagnostic minimal) et des services gériatriques de proximité. Cela n'a aucune commune mesure avec les territoires naturels de municipalités, même celles de grandeur moyennes. Se baser sur la réussite de ces centres de santé pour généraliser leur modèle à l'échelle nationale relève d'un raccourci stratégique inacceptable.

- **Des effets réducteurs sur l'offre de services**

Comme nous l'avons indiqué d'entrée de jeu à cet avis, la consolidation et le développement des services de première ligne, nécessaires pour améliorer le système public de santé et de services sociaux québécois, font consensus au sein de la population et auprès des actrices et acteurs du réseau. Bien sûr, cette priorité exige, aussi, que les services soient concertés et coordonnés afin d'assurer leur continuité. La notion de réseaux de services intégrés est, en soi, un modèle louable.

Mais, de l'avis de la CSQ, il n'est absolument pas nécessaire que les établissements soient fusionnés pour répondre adéquatement à ces attentes. Une fusion des

établissements et, donc, de leur mission respective aurait plutôt un effet réducteur sur les services devant répondre aux besoins globaux des personnes et des collectivités.

Déjà, des expériences novatrices de services intégrés ont été tentées ou sont en voie de développement dans certains milieux sans que ceux-ci aient procédé à des fusions administratives. C'était le cas du projet pilote de services intégrés aux personnes âgées (SIPA) mis sur pied par le professeur François Béland du Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal, un modèle qui a été repris par d'autres CLSC et CHSLD travaillant en partenariat. C'est le cas, également, des services intégrés à la jeunesse en difficulté et à leur famille déjà implantés sur certains territoires. Ceux-ci misent sur la concertation de l'ensemble des partenaires d'un milieu donné par la voie d'une coordonnatrice ou d'un coordonnateur de plans de services. Si le ministère favorisait l'émergence d'autres expériences semblables visant à mieux intégrer les services destinés aux populations vulnérables qu'il identifie, déjà, on aurait un bon progrès dans la bonification de la prestation des services... sans brassage de structures.

Ce type de projet fait reposer la réussite de l'intégration des services sur des ressources humaines spécialement mandatées pour concerter les partenaires et réaliser les plans de services, soit des coordonnatrices et coordonnateurs, des intervenantes et intervenants pivot, des gestionnaires de cas, des agentes et agents de liaison. Ces modèles prouvent, sans conteste, que la réalisation efficace de services intégrés n'exige en rien des fusions administratives.

Alors pourquoi un tel brassage de structures ? S'il n'est pas nécessaire pour améliorer les services à la population, aux besoins de qui répond-il ?

La réponse semble évidente, particulièrement lorsqu'on répertorie les premières réactions au projet de loi, les rétroactions vraiment positives proviennent de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ). Celle-ci y trouve son compte, car il est manifeste qu'une telle fusion administrative, sans rien bonifier à la prestation des services de première ligne, répond bien davantage aux besoins des centres hospitaliers eux-mêmes plutôt qu'à ceux des patients.

La CSQ n'entend pas, par là, que le modèle de fusion d'établissements proposé par le projet de loi générerait davantage d'activités hospitalières, mais bien que les activités relevant actuellement de la mission des CLSC (notamment les soins à domicile) et de la mission des CHSLD seraient définies en fonction des priorités de la mission des CH comme raccourcir les durées de séjour, éliminer les débordements à l'urgence, réduire les listes d'attente. L'enveloppe budgétaire fermée allouée au réseau local définirait les limites du panier de services offerts publiquement. Le contrôle du processus de programmation, désormais effectué par le conseil d'administration unifié dont le joueur le plus important sera la mission CH, en définirait les priorités. Qu'advient-il, alors, de la globalité de la mission actuelle des CLSC : activités de prévention, soutien à domicile, services psychosociaux courants, organisation communautaire, programmes locaux, etc. ? Dans un contexte de rationalisation des ressources, de déficits récurrents

dans les centres hospitaliers et de développement des partenariats public-privé, ces pans de missions risquent d'aller tout droit en sous-traitance ou en ententes de services avec les groupes communautaires ou d'économie sociale.

Le ministre soutient que les CLSC pourront continuer leurs missions actuelles. Mais sans la vigilance future du palier de gouvernance régionale au regard de la planification et de la programmation des activités de prévention et d'intervention psychosociale, si le réseau local a toute la marge de manœuvre, qui surveillera la réalisation pleine et entière de ces missions ?

De l'arbitrage des priorités dans un tel réseau local fusionné, il résultera, certainement, une réduction de l'offre de services actuellement dévolue au CLSC. La réponse aux besoins énormes suscités par les centres hospitaliers devra, forcément, se faire aux dépens d'autres missions, de nature psychosociale, le plus souvent. C'est d'autant plus évident que le projet de loi vient fusionner des établissements, les CH, qui sont majoritairement en constant déficit budgétaire, à des établissements qui, au contraire, sont généralement en équilibre budgétaire (quoique déjà sous-financés). L'équation est facile à faire, la fusion financera les déficits des CH. Quoiqu'en dise le ministre, la perte de l'identité légale des CLSC a un effet réducteur sur leur mission globale.

La mission propre des CLSC actuels est la seule garantie de préserver la vision sociale de la santé et d'assurer que notre système public intègre les volets des services socialement requis autant que ceux des services médicalement requis. La perte de ce corridor autonome constitue un retour à une conception médicale, centrée sur la mission hospitalière de la santé, ou plutôt de la maladie, loin d'être progressiste.

De plus, ce modèle affaiblira les nécessaires actions sur les déterminants de la santé en les orientant sous la responsabilité de la vocation régionale en santé publique puisqu'il est fortement probable, comme nous l'avons vu précédemment, que dans ce nouveau contexte les CLSC soient dans l'obligation de réduire la portée de leurs programmes locaux.

La disparition de l'identité légale des CLSC causerait donc la perte inadmissible de ce modèle communautaire considéré comme étant un joyau de notre système de santé et de services sociaux, unique au Québec.

- **Et les médecins ?**

Par ailleurs, comment envisager le fonctionnement optimal d'un réseau local sans l'intégration inhérente des cabinets privés de médecins ? En pratique, ceux-ci sont exclus du projet de loi. Tout au plus, le projet de loi fait référence à l'association de médecins de famille à cette instance locale par le biais d'ententes. Il faut donc comprendre que ces associations seront faites sur une base volontaire. L'accès à une médecine de prise en charge est donc loin d'être assuré. La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, elle-même, dénonce cette faiblesse du projet de loi par voie de communiqué. Il y a là un vice fondamental.

Alors, si le projet de loi ne réussit même pas à répondre à une bonification de l'accès à des services médicaux de façon continue et suivant une approche de prise en charge, il rate complètement la cible.

Un des premiers arguments du ministre Couillard au sujet de la fusion des établissements locaux affirme que celle-ci permettrait aux patients de s'y retrouver et d'être pris en charge par le réseau local d'établissements plutôt que de frapper à de multiples portes. Or, cet arrimage interétablissement est déjà fonctionnel en ce moment. Ce n'est pas là que le bât blesse. Une fois qu'un patient est déjà admis dans un service de chirurgie, par exemple, les liaisons pour la continuité des services de soins à domicile ou de réadaptation physique ou d'hébergement dont il aura besoin sont planifiées et organisées par le personnel mandaté des établissements bien avant sa sortie de l'hôpital. Le patient n'a nullement à magasiner ses services, il est pris en charge dans le modèle actuel.

C'est plutôt à l'origine de la demande de services que les individus ne savent pas à quelle porte frapper ou font face à des difficultés d'accès, particulièrement dans les cabinets privés de médecins. Également, c'est le plus souvent lors d'épisodes de soins différents ou distancés dans le temps que le patient a de la difficulté à avoir accès à une continuité de services (doublement de services diagnostiques, manque de cohérence, prise en compte déficient des épisodes de soins antérieurs). Ici encore, c'est l'accès à une médecine de prise en charge qui fait défaut. Une fusion d'établissements de première ligne n'y changera rien. Elle n'indiquera pas, non plus, davantage à quelle première porte frapper pour obtenir des services pertinents à ses besoins. Et que dire des régions où c'est l'accès même à un médecin de famille qui fait problème ?

- **Un bon diagnostic mais un mauvais traitement**

Ce ne sont pas les structures qui assurent une continuité et une cohérence de services, ce sont les personnes mandatées pour la prise en charge et les mécanismes de coordination humaine qui les lient. Ce sont aussi, entre autres, des pratiques d'interdisciplinarité cohérentes qui incluent les ressources médicales. Pour la CSQ, ce sont, donc, bien davantage des changements de pratique qui font évoluer les modalités de prestation des soins et des services que des bouleversements de structures.

À la lumière de ces constats, il est facile de conclure que le ministre s'engage, par la voie du projet de loi 25, dans des changements de structures inutiles, au sein d'un réseau déjà passablement malmené par de telles réformes structurelles. Fusionner les établissements de missions différentes aux fins de créer des réseaux locaux de services fonctionnels et coordonnés est tout simplement contre-productif. La démarche n'est même pas de nature à améliorer les services aux personnes et à la population. Au contraire, elle risque d'être réductrice au regard de la réponse à des besoins globaux, au regard d'une vision sociale de la santé et au regard de la prise en compte des déterminants de la santé.

Donc, si le diagnostic ministériel sur les éléments à améliorer dans notre système de santé et de services sociaux est adéquat, le traitement proposé, lui, est sans objet, sans objet clinique du moins. Car, dans tous les cas, il ne règle en rien les problèmes vécus au quotidien par la population soit :

- l'accès à des services médicaux continus,
- l'accès à des services de maintien à domicile, et
- l'accès à des services d'hébergement de longue durée de qualité.

À quels besoins répondrait donc ce réseau local de services ?

Il semble clair que le réseau local proposé par le projet de loi 25, mis en lien, comme nous le verrons plus loin, avec le projet de loi 30 sur la fusion des unités de négociation et le régime de négociation des conventions collectives, de même que la modification de l'article 45 concernant les conditions reliées à la sous-traitance, visent des objectifs de nature strictement administrative, soit :

- une simplification administrative de la gestion locale et régionale ;
- un affaiblissement syndical des relations de travail conventionnées ;
- une facilitation de la sous-traitance, et
- une facilitation de la privatisation au moyen de partenariats public-privé.

Impact sur le personnel

Le projet de loi 25 ne tient pas compte des questions relatives aux impacts sur le personnel. Le processus de consultation prévu à l'article 27 n'inclut pas le personnel du réseau. Sa contribution aux changements souhaités n'est donc même pas sollicitée. Il est, pourtant, prévisible que ces changements produisent d'importantes conséquences, sur ses conditions d'exercice.

Les employées et employés du réseau de la santé et des services sociaux commencent à peine à se remettre du virage ambulatoire et du programme de départs massifs à la retraite de la fin des années 1990, qu'on leur impose une énième réforme de structures. De fait, ces fusions viendront donc ajouter de l'incertitude et du stress aux travailleuses et travailleurs déjà essouffés du réseau.

Durant cette période, le secteur de la santé et des services sociaux avait connu le plus grand pourcentage de perte de ses employées et employés, soit environ 10 % de son effectif, reflétant ainsi des conditions de travail de plus en plus difficiles.

De l'avis de la CSQ, les fusions d'établissements répondent davantage à des demandes administratives de mobilité du personnel qu'à une volonté de rapprocher les services de la population.

Les fusions réalisées auparavant ayant entraîné leur part de problèmes, il devient donc légitime pour le personnel de s'interroger sur les impacts de nouvelles fusions. Il est,

notamment, en droit de se demander si les programmes de prévention, d'intervention psychosociale et communautaire que les travailleuses et les travailleurs ont développés avec énergie, survivront à la fusion des missions des établissements de santé. La fusion donnant davantage importance à l'aspect curatif de la santé, plusieurs se demandent si ces programmes ne seront pas gravement amputés et leurs efforts ainsi lessivés.

Par ailleurs, on sait que la contribution du personnel est un préalable essentiel au succès d'une réforme du réseau de santé et des services sociaux. Néanmoins, nulle part on ne retrouve au sein de ce projet de loi d'éléments pouvant motiver et engager le personnel du réseau. Celui-ci a toujours puisé sa valorisation, entre autres, dans la reconnaissance de son expertise et de ses conditions d'exercice professionnel. Il ne fait aucun doute que ces conditions de travail seront perturbées par les restructurations projetées.

Par conséquent, la succession de réformes structurelles, les inconnus du projet de loi ainsi que l'aspect autoritaire des fusions n'améliorent en rien les conditions de travail, la participation et la motivation des employées et employés du réseau de la santé et des services sociaux. Combiné au projet de loi 30 sur les fusions d'unités d'accréditation syndicale et sur le régime de négociation des conventions collectives, on obtient un cocktail explosif avec comme effets secondaires sur le personnel : insécurité, stress, démotivation, dévalorisation.

La participation citoyenne démocratique

Depuis le début des années 1970, la participation des citoyennes et des citoyens aux décisions concernant la planification, la gestion et l'évaluation des services de santé et des services sociaux est considérée comme importante. En effet, autant, sinon plus que tout autre service de l'État, la gestion du système de santé et de services sociaux exige des pratiques transparentes et démocratiques, car les questions psychosociales et de santé touchent des dimensions hautement personnelles au cœur de l'intimité et de la dignité des personnes. Aussi, la réalisation quotidienne des services de santé et des services sociaux suppose, en soi, par sa complexité même, une conception et une approche systémiques, une interrelation étroite entre la population qui reçoit les services et les travailleuses et travailleurs qui les dispensent.

Cette participation citoyenne doit prendre plusieurs formes. D'abord, elle passe par des consultations le plus large possible lors de transformations au sein du réseau. Elle induit, aussi, une participation active au sein des conseils d'administration, bonifiée par une représentation élue. Elle suppose des redditions de comptes lors d'assemblées publiques. Cette participation citoyenne doit être favorisée à tous les paliers de décision : national, régional et local. Elle doit être renforcée par la préservation et le développement de lieux et d'espaces de paroles diversifiés et proches des intérêts individuels comme collectifs. Dans sa plate-forme syndicale en santé et services

sociaux,² la CSQ a développé un riche contenu sur les meilleures pratiques à mettre de l'avant en matière de participation citoyenne et elle invite le gouvernement québécois à s'y engager.

Le projet de loi 25 constitue-t-il une évolution au regard de la participation citoyenne ?

Au palier régional, le projet de loi transfère les modalités de représentation actuelles des régies régionales au profit des agences régionales de transition. On se rappelle que ces modalités avaient déjà subi un recul démocratique en 2001 en instituant une représentation par nomination plutôt que par élection. L'évaluation de la pertinence et du fonctionnement des Forums de la population, institués au même moment, n'a pas été faite. Peu de progrès, à court terme, est donc prévisible à ce chapitre au sein des agences de transition. Quant à la composition future de cette instance, au terme de janvier 2006, aucune orientation n'est sur la table.

Au palier local, la fusion projetée des établissements entraîne automatiquement la perte de lieux et d'espaces de prises de paroles pour les citoyennes et citoyens. Dans le cas des CLSC et des CHSLD, particulièrement, ceux-ci s'occupent de débattre de sujets concernant les services de proximité très liés aux besoins des personnes. Des individus peuvent être hautement intéressés, par exemple, aux décisions concernant les soins et services à domicile offerts par leur CLSC ou aux décisions sur la qualité de l'hébergement offert dans le CHSLD où réside un proche parce qu'ils sont personnellement concernés. Dorénavant, ces sujets seront noyés dans les discussions, à saveur hautement administrative, de la gestion des unités de soins et des immobilisations du centre hospitalier, devenu, en plus, un méga-établissement issu de la fusion de deux autres. Cela ne semble pas de nature à favoriser la participation citoyenne.

Par ailleurs, la nouvelle composition même du nouveau conseil d'administration du nouvel établissement fusionné est nébuleuse. Le projet de loi prévoit que c'est l'inspecteur général des institutions financières qui, dans la délivrance des lettres patentes du nouvel établissement, indiquera le nom des quinze personnes qui agiront comme membres provisoires du conseil d'administration de cet établissement pour une période de deux ans et que ce sont eux qui nommeront le directeur général. Le projet de loi reste silencieux sur les critères qui prévaudront à ces désignations. En outre, comme c'est le cas au palier régional, aucune orientation n'est émise sur la composition future de l'instance locale au terme du mandat provisoire des deux ans.

De l'avis de la CSQ, le projet de loi 25 n'assure, donc, aucun progrès au regard de la participation citoyenne. Il présente, au contraire, une perte de lieux et d'espaces de paroles. De surcroît, les orientations ministérielles ultérieures, à ce chapitre, demeurent obscures.

² Centrale des syndicats du Québec, *Un bon état de santé, c'est une affaire publique*, Plate-forme syndicale en santé et services sociaux, (Montréal, CSQ D11055.

Un processus de consultation nettement insuffisant

Il ne fait aucun doute que le projet de loi 25 dérive d'un processus de consultation nettement insuffisant. Premièrement, on se questionne sur l'origine des fusions d'établissements du réseau de santé. D'une part, ce projet n'émerge d'aucune façon de demandes du milieu de la santé et des services sociaux. D'autre part, cette question n'a jamais été évoquée lors de la récente campagne électorale. La population n'a, donc, certainement pas voté pour ça !

Pour la CSQ, la consultation de toutes les actrices et de tous les acteurs du réseau est une condition préalable au dépôt d'un projet de loi de cette portée. De toute évidence, ces considérations ne semblent pas être de même nature au ministère de la Santé et des Services sociaux. En effet, malgré l'importance des changements qu'il sous-tend, le projet de loi 25 n'a fait l'objet ni d'un livre vert ni d'un livre blanc de la part du gouvernement.

Deuxièmement, les mécanismes d'étude du projet de loi sont aussi insuffisants. La CSQ déplore le choix du ministre lorsqu'il préfère, effectivement, des consultations particulières à une commission parlementaire en bonne et due forme. La CSQ déplore aussi sa volonté de précipiter l'adoption du projet de loi avant l'ajournement des travaux parlementaires pour la période du temps des fêtes.

Par ailleurs, les directives concernant la consultation populaire contenues dans le projet de loi 25 sont également insuffisantes. L'article 27 du projet de loi nous renseigne sur le processus de consultation devant mener au développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Ainsi, l'agence de transition devra consulter les établissements concernés, le département régional de médecine générale ainsi que la population par l'entremise du Forum de la population. Ce forum n'est composé que de 15 à 20 personnes nommées par la Régie régionale, après entente avec le Conseil régional de développement (CRD) et les organismes socioéconomiques. Or, sachant que tant le Forum de la population que les CRD sont des instances à l'agonie, peut-on vraiment parler d'une consultation populaire ? Et qu'en est-il de la consultation du personnel ?

Donc, autant les mécanismes de consultation précédant et succédant le dépôt du projet de loi, que les mécanismes du projet lui-même (art. 27), s'avèrent nettement insuffisants et dénotent un certain mépris des processus démocratiques et parlementaires élémentaires.

L'objectif ultime du gouvernement libéral, la réingénierie

Depuis son élection, le Parti libéral du Québec s'est engagé dans une réforme sans précédent de l'État québécois. Au-delà des mots qui qualifient cette opération, son orientation est claire. Comme le dit le premier ministre, Jean Charest : « L'avenir économique du Québec, ce n'est pas l'interventionnisme, c'est l'entrepreneurship. La

détérioration de la capacité de l'État québécois à bien servir les citoyens et la préservation de la position économique concurrentielle du Québec nous imposent donc une révision du fonctionnement de l'État. »

L'esprit des projets de loi déposés à l'Assemblée nationale depuis le début de l'automne témoigne de cette orientation. En filigrane, le gouvernement nous dit que, dorénavant, il faut soumettre l'action gouvernementale aux impératifs du marché. L'atteinte de cet objectif passe par l'abolition des contraintes législatives qui font obstacle à la modernisation de l'État québécois. La concomitance du dépôt de ces projets de loi n'est pas le fruit du hasard. Chacun constitue une pièce majeure de la réingénierie de l'État québécois. Et, comme dans un jeu de casse-tête, notre défi c'est de placer les pièces de manière à avoir l'image exacte du projet proposé.

Les liens entre les divers projets de loi sont d'autant plus évidents lorsqu'on prend connaissance des propos du ministre Couillard tenus lors d'une période de questions à l'Assemblée nationale. Interrogé sur les liaisons entre le projet de loi 25 et un recours accru à la sous-traitance, le ministre affirmait : « Je crains (...) qu'on fasse une confusion d'outils. (...) Il y aura d'autres éléments, je crois, au cours des prochains jours, qui s'attacheront à cette question, mais, nulle part dans ce projet de loi pouvez-vous trouver quelque allusion que ce soit à la sous-traitance³ ».

Et les éléments sont là. Le projet de loi 31 modifiant l'article 45 du Code du travail ouvre toute grande la porte à la sous-traitance. Le projet de loi 30 redéfinit la configuration des unités de négociation dans le réseau de la santé et des services sociaux et limite le nombre d'unités d'accréditation à cinq, forçant, ainsi, le regroupement des différentes unités de négociation au sein de cinq catégories d'emplois qu'il fixe. Par ce projet, il sera dorénavant plus facile d'accélérer le développement de la sous-traitance de pans complets d'activités, particulièrement chez les catégories de personnel des services auxiliaires et de métiers et de personnel de bureau, de techniciens et de professionnels de l'administration.

Contrairement aux prétentions du ministre Couillard, le projet de loi 25 fusionne les établissements de santé aux paliers local et régional et ouvre la porte à la cession d'un ensemble de services au secteur privé. À preuve, le 15 septembre 2003, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie transmettait un appel d'offres issu du ministère visant à céder au secteur privé tous les services fournis dans les résidences de personnes âgées en perte d'autonomie, sauf les soins de santé. Dans une lettre adressée au Conseil régional de développement de la Montérégie, la RRSSS y allait de ces propos : « Ce type de partenariat a pour objectif de recentrer le MSSS (le ministère de la Santé et des Services sociaux) sur sa mission, les *services cliniques*, et de délaissier les autres types de services que requiert la clientèle âgée en perte d'autonomie (hébergement, services alimentaires, buanderie, etc.)⁴ ». La

³ Assemblée nationale du Québec, *Journal des débats*, 12 novembre 2003, Vol. 38, n° 24.

⁴ Robert Dutrisac, « Le privé est appelé à remplacer l'État », *Le Devoir*, 25 septembre 2003, p. A-3.

conséquence déjà perceptible est une hausse de la tarification pour un ensemble de services existants.

Quant au projet de loi 34 sur le développement économique et régional, il vient fermer la boucle des projets facilitant le recours à la sous-traitance. Ce projet instaure une nouvelle structure pour le développement économique régional en remplaçant les Conseils régionaux de développement par des Conférences régionales des élus. Cette nouvelle structure, formée des élus locaux, renforce le rôle des Municipalités régionales de comté (MRC) et des élites locales au détriment des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale, du mouvement des femmes dans le développement régional et local. Quant à la participation des organismes publics d'éducation ou de santé et de services sociaux à ces nouveaux organismes, des représentantes et représentants pourront être nommés, selon le bon vouloir des élus ! Au nom de l'imputabilité des élus, cette concentration des pouvoirs nous renvoie au monopole des baronets locaux dans l'administration des affaires régionales.

Le projet de loi 32 concernant les Centres de la petite enfance s'inscrit dans la logique de privatisation du gouvernement. En plus d'une hausse de la contribution parentale fixée à 7 \$ par jour, ce projet de loi met en veilleuse le développement de services de garde à but non lucratif en Centre de la petite enfance, le gouvernement ayant choisi de favoriser le développement de places en garderies commerciales. Ces mesures s'inscrivent dans le cadre d'un exercice comptable à courte vue, n'ayant comme objectif que de financer les réductions d'impôts promises. Et ce financement s'effectuera en partie sur le dos des femmes qui sont les travailleuses majoritaires des garderies en milieu familial et des ressources externes en santé et services sociaux. Interdites de syndicalisation, privées des droits que confère le Code du travail, elles seront soumises aux aléas des décisions gouvernementales quant à leurs conditions de travail et à leur rémunération.

À cela, nous devons ajouter le projet de règlement sur la détermination de la masse salariale qui soustraira à l'application de la loi sur la formation de la main-d'œuvre les entreprises dont la masse salariale se situe entre 250 000 \$ et un million de dollars, privant ainsi de formation en entreprise 25 % des travailleuses et des travailleurs. Nous devons aussi signaler les intentions gouvernementales de former les jeunes et les adultes en fonction des besoins des entreprises et d'accélérer l'intégration des adultes en formation au marché du travail. Et que dire du projet de transformer la sécurité du revenu en « aide temporaire en attendant l'intégration au marché du travail, seule voie concrète d'indépendance économique pour les personnes capables d'occuper un emploi ».

Les pièces du casse-tête ainsi placées, le projet gouvernemental prend forme : la responsabilité de l'État à l'égard du bien commun est trafiquée pour le plus grand bonheur des investisseurs privés. Une réingénierie est concoctée dans les officines privées, sans débat réel à l'Assemblée nationale, sans débat public, à une vitesse telle qu'il nous faut conclure au mépris de la démocratie. Une réingénierie qui nous conduit vers une société de plus en plus inégalitaire et de moins en moins solidaire.

Conclusion et recommandations

Il ne fait pas de doute que le projet de loi 25 s'inscrit tout à fait dans l'exercice plus large de réingénierie de l'État si chère au gouvernement actuel. Les volontés de partenariats public-privé (PPP) débordent en toile de fond. On peut y voir clairement le recentrage, et donc la réduction des missions des paliers national, régional et local.

Ainsi, le projet de loi 25, par la fusion des conseils d'administration d'établissements de tailles et de missions différentes, recèle nettement le risque d'inféoder la culture communautaire et la vision globale qui prévalaient dans les CLSC aux lourds impératifs des besoins de la gestion hospitalière. Il est évident que l'importance de la mission CH au sein des nouveaux réseaux locaux contribuera à accentuer la primauté de la vision curative au détriment de la mission préventive et psychosociale des CLSC. Cette vision étriquée facilitera le délestage de plusieurs activités relevant actuellement des responsabilités des CLSC et des CHSLD vers le partenariat privé, les organismes communautaires, les entreprises d'économies sociales, voire même, les municipalités.

De l'avis de la CSQ, le projet de loi 25 échoue, aussi, à plusieurs égards, à bonifier la prestation actuelle des services et, donc, à répondre aux besoins identifiés par la population et par les travailleuses et travailleurs du réseau.

D'abord, il ne réussit pas à intégrer de façon concrète les services médicaux de première ligne au suivi global par une médecine de prise en charge des personnes et des collectivités tant dans le milieu de vie que dans le milieu institutionnel.

Il ne résout en rien, non plus, les problèmes de sous-financement chronique à l'origine des vides de services. Il n'ajoute rien au développement d'activités nécessaires à une action sur les déterminants de la santé, à la prévention, à la résolution des problèmes psychosociaux de même qu'au maintien à domicile tant en amont qu'en aval des soins médicaux hospitaliers si indispensables à un véritable virage ambulatoire et virage milieu.

Par ailleurs, l'application du projet de loi entraînerait certainement des impacts négatifs importants sur les conditions d'exercice et de reconnaissance du personnel. Il ne constituerait, en aucun cas, une progression quant à la participation citoyenne démocratique lui faisant perdre, au contraire, des lieux et des espaces de paroles. Le seul examen du processus de consultation, ou plutôt de non-consultation, adopté en vue de son élaboration et de son implantation en fait foi.

À la suite de son analyse, la CSQ conclut que le projet de loi 25 n'est pas approprié. Il ne répond pas aux besoins maintes fois exprimés par la population d'avoir accès à des services médicaux de façon continue, d'avoir accès à des services de soins et de soutien à domicile adéquats et d'avoir accès à des services d'hébergement et de soins de longue durée de qualité. Il entraîne le Québec sur la voie d'une réforme de structures inutile, tant à la population qu'à l'action des intervenantes et des

intervenants, plutôt que sur la voie d'un réinvestissement nécessaire à la consolidation et à la véritable coordination des services de première ligne.

La CSQ affirme donc que la transformation de la gouvernance régionale et la fusion des établissements sont sans objet aux fins de la création de réseaux locaux de services intégrés en santé et services sociaux. De plus, ce changement de structures est proposé sans avoir fait l'objet de consultation large auprès de la population et des multiples acteurs du réseau. La CSQ considère, également, que le projet de loi 25 constitue un recul quant à la participation citoyenne démocratique et que son application se ferait dans un total non-respect des conditions d'exercice des travailleuses et travailleurs du réseau.

En conséquence, la CSQ demande le retrait du projet de loi 25.

La CSQ recommande plutôt que le gouvernement du Québec ainsi que le ministère de la Santé et des Services sociaux élaborent, en concertation avec les associations représentatives des employeurs, des employés et de la population des régions régionales, des CLSC, des CHSLD et des centres hospitaliers, des modèles de réseaux intégrés de services répondant aux paramètres suivants :

- qui respectent la structure d'une gouvernance régionale conservant une double mission d'administration et de programmation, garantissant une participation citoyenne et des acteurs du réseau régional élus démocratiquement et imputable à la population du territoire ;
- qui respectent l'identité et la mission légales des établissements faisant partie du réseau local de services intégrés de même que leurs structures de participation démocratique ;
- qui comprennent une entente obligatoire et légale avec les ressources médicales du territoire (les groupes de médecine familiale, par exemple) pour la prestation continue de services médicaux tant en cabinets privés qu'en milieux institutionnels ;
- qui misent sur l'utilisation de ressources humaines supplémentaires dûment mandatées (agentes et agents de liaison, intervenantes et intervenants pivots, gestionnaires de cas, coordonnatrices et coordonnateurs) pour concerter les partenaires et coordonner les plans de services ;
- aient fait l'objet de larges consultations locales, régionales et nationales.

La CSQ recommande également :

- que le gouvernement du Québec alloue les investissements financiers nécessaires à la consolidation et au développement des services médicaux et

sociaux publics courants, des services publics de soins et de soutien à domicile et des services publics d'hébergement et de soins de longue durée de qualité.



CSQ

Communications

D11366

2 décembre 2003