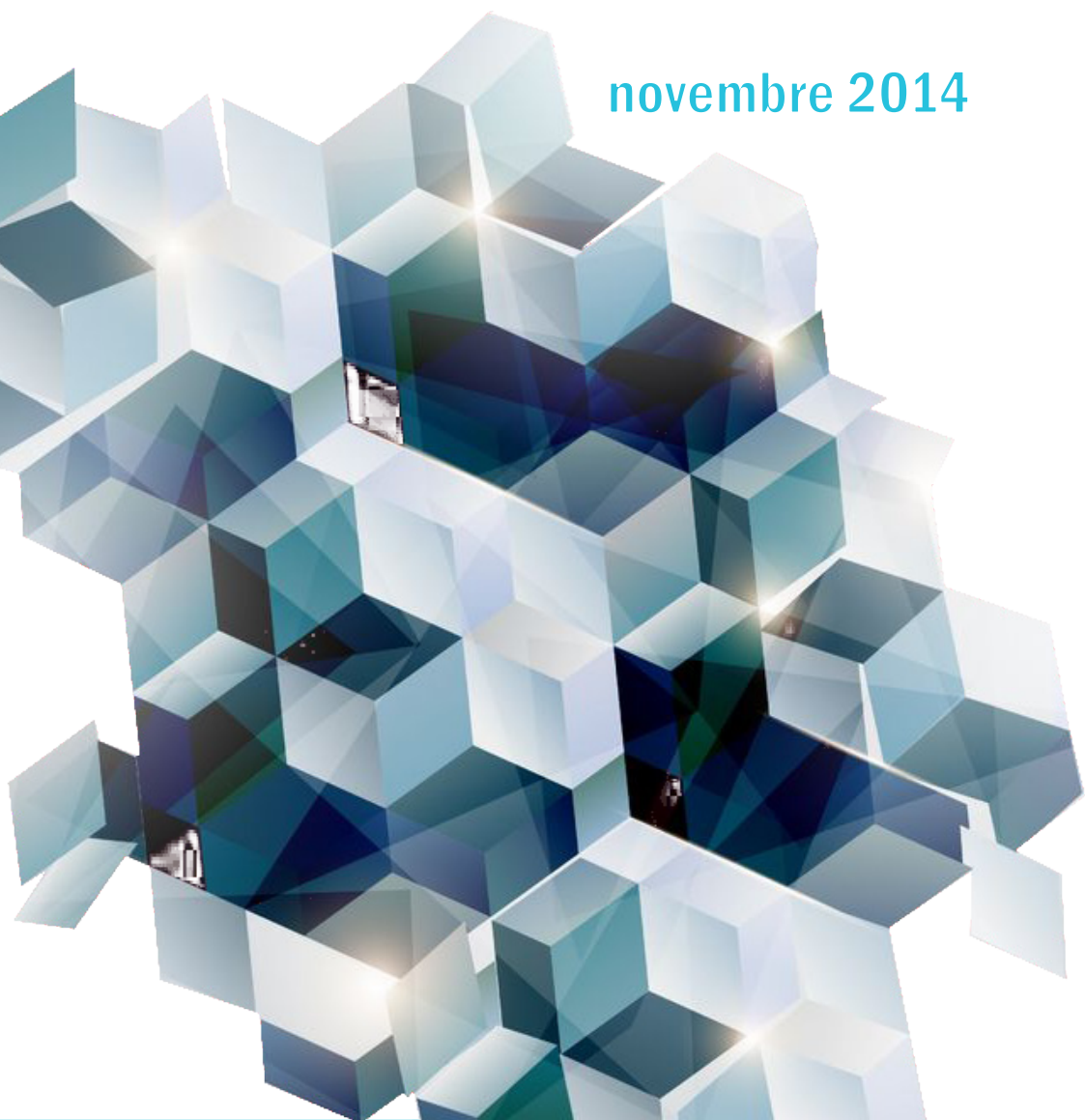


# Rapport d'analyse du Projet de loi 10

novembre 2014



**RIOCM 2014**

Rédaction : Marie-Chantal Locas, agente d'analyse

Révision : Sébastien Rivard, coordonnateur

Mise en page : Bruno Laprade, agent de communication

Illustration : Theromp, 123RF

# Rapport d'analyse du RIOCM sur le projet de loi 10

Il y a de cela dix ans, Philippe Couillard, à l'époque ministre de la Santé et des Services sociaux, annonçait la fusion des hôpitaux, des centres locaux de services communautaires (CLSC) et des centres d'hébergement et de soins de longues durées (CHSLD) au sein des centres de santé et de services sociaux (CSSS), qui eux étaient placés sous l'autorité des agences régionales de santé et de services sociaux. L'objectif de cette réforme était double: réaliser des économies et améliorer les soins de santé à la population. Aujourd'hui, force est de constater qu'aucun de ces objectifs n'a été atteint. En effet, le nombre de cadres dans le réseau a augmenté de 30%, alors qu'on assiste à des pénuries de personnel pour les services directs à la population. Ouvrant toute grande la porte à la sous-traitance, la réforme Couillard n'a fait qu'augmenter les coûts et les dépenses en santé.

Suivant la même logique, l'actuel ministre de la Santé et des Services sociaux, Gaétan Barrette, déposait le 25 septembre dernier le projet de loi 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux. Abolissant les 18 agences de santé et de services sociaux de la province, fusionnant 182 centres de santé et de services sociaux (CSSS) et faisant passer le nombre de conseils d'administration de 200 à 28, ce projet de loi constitue une autre importante refonte du système administratif du réseau de la santé et des services sociaux au Québec. À Montréal, tous les établissements seront regroupés au sein de cinq centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), à l'exception du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), du Centre universitaire de santé McGill (CUSM), du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine et de l'Institut de cardiologie de Montréal, qui conserveront leur gouvernance distincte.

Alors que les effets de la réforme précédente se font encore sentir, à quoi peut-on s'attendre cette fois? Depuis le début des travaux de la commission parlementaire sur ce projet de loi, les critiques fusent de toute part. Alors que les uns dénoncent la centralisation des pouvoirs entre les mains du ministre, les autres sont d'avis que les fusions ne constituent pas une manière efficace d'améliorer la qualité des soins. Plusieurs craignent aussi que cette réforme accélère la privatisation du réseau de la santé et des services sociaux en plus de ne pas engendrer les économies prévues.

Bien que le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) ne soit pas directement touché par la réforme annoncée dans le projet de loi 10, celle-ci est tout de même susceptible d'affecter les groupes communautaires puisqu'ils travaillent souvent en lien avec le réseau. Dans ce document, nous exposons les principales préoccupations du milieu communautaire montréalais face à la réforme proposée par le ministre Barrette.

# Analyse des articles du projet de loi

## 1 - Abolition de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et création de 5 centres intégrés de santé et de services sociaux (articles 4 et 6)

### Ce que dit le PL-10...

- Création de 5 CISSS regroupant tous les établissements montréalais, à l'exception de 4 établissements supra-régionaux qui conservent leur gouvernance distincte.
- À Montréal, l'agence se retrouvera fusionnée au sein du CISSS Sud-Est-de-l'Île-de-Montréal.

### Préoccupations :

- Cet établissement sera à la fois responsable de gérer la prestation de soins sur un territoire local et d'assurer une vision et une cohésion régionales dans la gestion du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) et de dossiers comme l'itinérance ou le logement social. De plus, il verra à la mise en œuvre régionale de certains plans d'action en matière de jeunesse, santé mentale, DI, DP, personnes âgées, SIDA, violence conjugale ou encore dépendance. À notre avis, il sera très difficile d'assurer une coordination régionale dans chacun de ces dossiers.
- Au sein d'un tel système, la priorité risque fort d'être accordée au curatif médical, ce qui aura pour effet de diluer encore davantage l'importance accordée aux programmes de prévention et à l'accès aux services sociaux.
- Comment le CISSS responsable des dossiers régionaux exercera-t-il son rôle sans un pouvoir direct sur les autres CISSS qui de surcroît relèveront tous de Québec? En cas de difficultés dans la gestion des budgets ou programmes, comment ferions-nous l'arbitrage sans structure de coordination?
- Les établissements de santé autorisés par l'Office québécois de la langue française (OQLF) à utiliser l'anglais comme langue de travail et de prestation de soins seront tous abolis par leur fusion aux nouveaux CISSS, à l'exception du CUSM. La Charte de la langue française prévoit un statut particulier possible pour des établissements, pas pour des points de services.

## 2 - Financement des organismes communautaires (articles 57 et 90)

### Ce que dit le PL-10...

- Le PSOC n'est pas directement touché par la réforme annoncée dans le PL-10  
Mais...
- À Montréal, le CISSS Sud-Est-de-l'Île-de-Montréal héritera des fonctions de l'Agence en matière de subventions aux organismes communautaires. La gestion de celles-ci suivra, comme c'est le cas présentement, des règles budgétaires particulières établies annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Toutefois, il est clairement indiqué que ces règles devront « prévoir une comptabilité par programme-service ».

### Préoccupations :

- Cet élément pourrait ouvrir la porte, à moyen terme, à ce que la conclusion d'ententes de services dans différents secteurs soit encore davantage privilégiée par les gestionnaires du réseau comme mode de financement des organismes communautaires.
- Le milieu communautaire montréalais a toujours collaboré globalement au mieux-être de la population par ses actions sur les déterminants sociaux de la santé et son soutien aux populations souvent les plus démunies, mais on ne peut découper sa mission selon la logique prévalant dans le réseau de la santé et des services sociaux.

## 3 - Recul démocratique dans le réseau de la santé et des services sociaux (articles 8, 11, 12 et 26)

### Ce que dit le PL-10...

- À Montréal, il y aura désormais un CA par CISSS pour un total de 5 et un CA par établissements supra-régionaux pour un total de 4. De 44 CA d'établissement, on passe donc à 9.
- Les personnes siégeant au CA d'un CISSS seront nommées par le ministre. Il n'y aura plus de consultation auprès des organismes communautaires ni de poste élus par la population au CA des CISSS.

### Préoccupations :

- Nous assistons à un important recul démocratique étant donné la disparition de nombreux CA sur lesquels des centaines de citoyen-n-e-s étaient impliqué-e-s.
- L'expertise du milieu communautaire est désormais exclue des CA des CISSS.
- La composition des CA des CISSS aura pour effet de diluer la place et l'importance accordées à la prévention et aux services sociaux dans le réseau. Il y a une crainte de tendre vers un système encore plus hospitalo-centré.
- Le fait que les CA de nombreux établissements soient abolis engendra pour certaines communautés la fin de la gouvernance locale des institutions qu'elles ont mises sur pied.

## 4 - Centralisation et perte de proximité (article 1)

### Ce que dit le PL-10...

- La loi prévoit « l'intégration régionale des services de santé et des services sociaux par la mise en place de réseaux régionaux de services » qui regrouperont plusieurs réseaux locaux de services.
- La loi prévoit « l'implantation d'une gestion à deux niveaux hiérarchiques » dans le réseau de la santé et des services sociaux.

### Préoccupations :

- La centralisation et la grosseur des structures administratives que met en place le PL-10 font craindre une perte de proximité avec les usagers et usagères contrairement à la volonté exprimée par le ministre.
- Les pouvoirs qui reviennent au ministre dans le cadre de cette restructuration importante risquent aussi de donner lieu à une plus grande politisation des décisions et des nominations.

## 5 - Planification (articles 49, 50 et 64)

### Ce que dit le PL-10...

- Les CISSS n'héritent pas de la responsabilité qui relevait des agences d'élaborer un plan stratégique pluriannuel pour le territoire de leur région.
- Les établissements du réseau n'auront plus à élaborer de plan stratégique pluriannuel. Ils concluront désormais directement avec le ministre une entente de gestion et d'imputabilité devant contenir un plan d'action annuel.

### Préoccupations :

- Il y a encore ici un enjeu de coordination régionale et de cohésion. À qui reviendra la tâche d'orchestrer la planification régionale du réseau?
- La question se pose d'autant plus que le plan d'action des établissements relèvera désormais du ministère et non pas d'une instance régionale.

## 6- Pouvoir réglementaire (articles 161)

### Ce que dit le PL-10...

- Les règlements édictés en vertu de cette loi ne sont pas soumis à l'obligation de publication ni au délai d'entrée en vigueur prévus par la loi sur les règlements.

### Préoccupations :

- Le gouvernement se donne le pouvoir de réglementer tout ce qui touche le réseau de la santé et des services sociaux sans devoir consulter et sans avoir à passer par l'étape préalable de la publication d'un projet de règlement. Il s'agit là d'un flagrant manque de transparence.
- Habituellement, on ne procède ainsi que pour les lois spéciales et les mesures d'urgence.



La réforme que souhaite mettre en place le ministre Barrette est extrêmement préoccupante et sera suivie d'autres projets de loi ayant pour but de modifier en profondeur le système public de santé et de services sociaux dont s'est doté le Québec. La volonté du gouvernement de couper dans le domaine de la santé et dans les programmes sociaux ne fait qu'accroître notre inquiétude puisque l'accès de la population à certains services risque fort de diminuer. Ainsi, les organismes communautaires feront face à encore davantage de demandes, eux qui souffrent déjà d'un sous-financement chronique. Bien que le projet de loi soit muet sur la question, il laisse manifestement la porte ouverte à la conclusion d'ententes de services avec le privé. À cet effet, les récentes déclarations du ministre des Finances, Carlos Leitão, sont claires : certains services sociaux dispensés à l'heure actuelle par l'État pourraient être offerts par des groupes communautaires.

Suite à son analyse du projet de loi 10, le milieu communautaire montréalais a formulé trois demandes qu'il a fait parvenir à l'agence de santé et de services sociaux de Montréal afin qu'elles soient transmises au MSSS :

**1- Le maintien d'une structure de coordination régionale du réseau de la santé et des services sociaux pour la région de Montréal. Cette structure devrait relever directement du MSSS pour avoir l'autorité nécessaire face aux cinq CISSS de la région et aux autres établissements. Elle aurait pour mandat de coordonner certains dossiers régionaux, dont le PSOC, l'itinérance et le soutien communautaire au logement social ainsi que tout autre dossier ou plan d'action demandant une coordination régionale et intersectorielle.**

**2- Exclure les budgets des programmes régionaux qui touchent le communautaire de la gestion budgétaire par programmes services, dont le PSOC, itinérance, soutien communautaire en logement social, santé publique, etc. Ces budgets devraient relever d'une structure de coordination régionale.**

**3- Assurer la participation des regroupements régionaux d'organismes communautaires au processus de transition avant l'implantation éventuelle de la loi 10. Nous souhaitons une place sur tout comité qui toucherait de près ou de loin les organismes communautaires.**

# Articles du projet de loi 10 mentionnés

**Art. 1** La présente loi modifie l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux afin 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'efficacité et l'efficacités de ce réseau.

À cet effet, elle prévoit l'intégration régionale des services de santé et des services sociaux par la mise en place de réseaux régionaux de services de santé et de services sociaux axés sur la proximité et la continuité des services, la création d'établissements à mission élargie et l'implantation d'une gestion à deux niveaux hiérarchiques.

**Art 4.** Est constitué, pour chacune des régions sociosanitaires mentionnées à l'annexe I, un établissement régional, issu de la fusion des établissements publics de la région et de l'agence de la santé et des services sociaux, tel que prévu à cette annexe.

Toutefois, pour la région de Montréal, sont constitués cinq établissements régionaux lesquels sont issus de la fusion de certains établissements publics et, le cas échéant, de l'agence de la santé et des services sociaux de cette région, tel que prévu à cette annexe.

**Art 6.** Un établissement régional succède de plein droit et sans aucune autre formalité aux établissements publics et, le cas échéant, à l'agence fusionnés. Il jouit de tous les droits, acquiert tous les biens et assume toutes les obligations de ces établissements et, le cas échéant, de l'agence et les procédures où ceux-ci sont parties peuvent être continuées par le nouvel établissement sans reprise d'instance.

**Art 8.** Les affaires d'un établissement régional sont administrées par un conseil d'administration dont les membres sont nommés par le ministre, lesquels se répartissent comme suit :

- 1° le président-directeur général de l'établissement;
- 2° une personne membre du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement, autre qu'un médecin omnipraticien, choisie à partir d'une liste de noms fournie par ce conseil;
- 3° une personne membre du conseil des infirmières et infirmiers de l'établissement, choisie à partir d'une liste de noms fournie par ce conseil;
- 4° une personne membre du conseil multidisciplinaire de l'établissement, choisie à partir d'une liste de noms fournie par ce conseil;
- 5° un médecin du territoire exerçant sa profession hors d'une installation maintenue par un établissement, choisi à partir d'une liste de noms fournie par le département régional de médecine générale;
- 6° une personne membre du comité des usagers de l'établissement, choisie à partir d'une liste de noms fournie par ce comité;
- 7° lorsque l'établissement exploite un centre hospitalier désigné centre hospitalier universitaire, une personne nommée à partir d'une liste de noms fournie par les universités auxquelles est affilié l'établissement;
- 8° sept ou, lorsque l'établissement exploite un centre hospitalier désigné centre hospitalier universitaire, huit personnes indépendantes nommées conformément aux dispositions des articles 11 et 12.

**Art 11.** Avant de procéder à la nomination des membres indépendants d'un conseil d'administration, le ministre doit établir des profils de compétence dans chacun des domaines suivants :

- 1° gouvernance et éthique;
- 2° gestion des risques et qualité;
- 3° ressources humaines;
- 4° ressources immobilières et informationnelles;
- 5° vérification et performance;
- 6° jeunesse;
- 7° services sociaux.

Le ministre doit, pour un établissement régional, nommer un membre indépendant pour chacun des profils visés aux paragraphes 1° à 7° du premier alinéa. Lorsqu'un tel établissement exploite un centre hospitalier désigné centre hospitalier universitaire, un membre supplémentaire doit être nommé pour le profil visé au paragraphe 5° de cet alinéa.

**Art 12.** Afin de procéder à la nomination des membres indépendants d'un conseil d'administration, le ministre constitue un comité d'experts en gouvernance chargé de lui faire des recommandations, notamment en ce qui concerne les candidats à considérer et la correspondance de leur profil avec ceux établis en application du premier alinéa de l'article 11.

Le comité d'experts est constitué de membres dont la candidature a été recommandée par un organisme reconnu en matière de gouvernance d'organisations publiques identifié par le ministre.

**Art. 26.** Le conseil d'administration d'un établissement régional ou suprarégional doit tenir, au moins une fois par année, une séance publique d'information à laquelle est invitée à participer la population. Cette séance peut être tenue en même temps que l'une des séances prévues à l'article 176 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Un avis public d'au moins 15 jours, qui indique la date, l'heure et le lieu de la tenue de cette séance, doit être donné à la population par le conseil d'administration.

**Art 49.** Les articles 182.0.2 à 182.0.4 de cette loi ne s'appliquent pas à un établissement public ou privé visé par cette loi.

**Art 50.** L'entente de gestion et d'imputabilité visée à l'article 182.1 de cette loi est conclue avec le ministre.

Cette entente et le plan d'action qui en découle doivent permettre la mise en œuvre des orientations stratégiques déterminées par le ministre.

## Articles du projet de loi 10 mentionnés (suite)

**Art 57.** Pour la région de Montréal, les pouvoirs de l'agence prévus à l'article 336 de cette sont exercés par le Centre intégré de santé et de services sociaux du Sud-Est-de-l'Île-de-Montréal.

**Art 64.** Les articles 346.1 à 346.3 de cette loi ne s'appliquent pas à un établissement régional.

**Art 90.** Le ministre établit annuellement des règles budgétaires particulières applicables aux établissements quant à leur gestion et à l'octroi des subventions aux organismes communautaires et aux ressources privées agréées.

Les règles applicables aux établissements quant à leur gestion doivent prévoir une comptabilité par programme-service.

**161.** Le 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 prévus aux articles 8 et 17 de la Loi sur les règlements (chapitre R-18.1); il peut, en outre, une fois publié et s'il en dispose ainsi, s'appliquer à compter de toute date non antérieure au 1er avril 2015.

**Art 182.0.2.** En conformité avec les orientations nationales et régionales et dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles, l'établissement est responsable d'élaborer un plan stratégique pluriannuel contenant les éléments suivants:

- 1° une description de la mission de l'établissement;
- 2° un état des besoins sociosanitaires de la clientèle desservie ou de la population du territoire local établi en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci;
- 3° une description du contexte dans lequel évolue l'établissement et les principaux enjeux auxquels il fait face;
- 4° les orientations et les objectifs poursuivis concernant notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population;
- 5° les résultats visés au terme de la période couverte par le plan;
- 6° les indicateurs de performance utilisés pour mesurer l'atteinte des résultats.

Le plan stratégique doit également tenir compte des priorités qui ont été établies dans les projets cliniques et organisationnels auxquels l'établissement est associé.

**Art 182.0.3.** Le plan stratégique est transmis à l'agence.

**Art 182.0.4.** L'agence et l'établissement se rencontrent pour discuter des ajustements à apporter au plan stratégique, s'il y a lieu, et convenir des modalités de suivi de ce plan. Ces ajustements sont alors soumis au conseil d'administration de l'établissement.

**Art 182.1.** Un établissement public doit conclure avec l'agence une entente de gestion et d'imputabilité. Toutefois, le ministre doit aussi être partie à l'entente conclue par un établissement qui exploite un centre désigné centre hospitalier universitaire, institut universitaire ou centre affilié universitaire.

Art 336. Une agence peut, suivant les critères d'admissibilité et d'attribution qu'elle détermine conformément aux règles budgétaires applicables, subventionner un organisme communautaire dans l'un ou l'autre des cas suivants:

- 1° s'il offre des services de prévention, d'aide et de soutien aux personnes de la région, y compris des services d'hébergement temporaire;
- 2° s'il exerce, au niveau de la région, des activités de promotion, de sensibilisation et de défense des droits et des intérêts des utilisateurs de ses services ou des usagers de services de santé ou de services sociaux de la région.

Une agence peut également subventionner un organisme communautaire qui s'occupe, au niveau de la région, de la promotion de la santé et du développement social.

# Références à la LSSSS

**Art 346.1.** En conformité avec les orientations nationales et dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles, l'agence est responsable d'élaborer un plan stratégique pluriannuel contenant, pour le territoire de sa région, les éléments suivants:

- 1° une description de la mission de l'agence;
- 2° un état des besoins sociosanitaires et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci;
- 3° une description du contexte dans lequel évolue l'agence et les principaux enjeux auxquels elle fait face;
- 4° les orientations et les objectifs poursuivis concernant notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population;
- 5° les résultats visés au terme de la période couverte par le plan;
- 6° les indicateurs de performance utilisés pour mesurer l'atteinte des résultats.

Aux fins d'élaborer son plan stratégique, une agence doit prendre avis du Forum de la population, le cas échéant, mettre à contribution les établissements et les organismes communautaires de sa région et s'assurer de la collaboration des intervenants des autres secteurs d'activité ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux.

**Art 346.2.** Le plan stratégique de l'agence doit être approuvé par le ministre.

**Art 346.3.** L'agence doit constituer un comité régional de coordination réunissant le président-directeur général de l'agence et les directeurs généraux des établissements.

L'agence doit s'assurer de la présence à ce comité des présidents de conseil d'administration des établissements lorsque les échanges visent à définir les orientations stratégiques de la région ou de l'ensemble du réseau.

# Établissements fusionnés sur le territoire montréalais

## **Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal :**

- CSSS de l'Ouest-de-l'Île
- CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle
- CSSS du Sud-Ouest-Verdun
- Institut universitaire en santé mentale Douglas
- Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal
- Centre de soins prolongés Grace Dart
- Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw
- Hôpital Ste-Anne

## **Centre intégré de santé et de services sociaux du Centre-de-l'Île-de-Montréal**

- L'hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis
- Centre hospitalier de St-Mary
- Centre Miriam
- CHSLD juif de Montréal
- Hôpital Mont Sinai
- CSSS Cavendish
- CSSS de la Montagne
- La Corporation du centre hospitalier gériatrique Maimonides
- Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal
- Centre de réadaptation Constance-Lethbridge

## **Centre intégré de santé et de services sociaux du Sud-Est-de-l'Île-de-Montréal**

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
- CSSS Cœur-de-l'Île
- CSSS Jeanne-Mance
- La corporation du centre de réadaptation Lucie-Bruneau
- Institut Raymond-Dewar
- L'Hôpital chinois de Montréal
- Institut universitaire de gériatrie de Montréal
- Centre de réadaptation en dépendance de Montréal

## **Centre intégré de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal :**

- CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord
- CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent
- Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- Hôpital Rivière-des-Prairies
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de Montréal

## **Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal :**

- Institut Philippe-Pinel de Montréal
- CSSS de la Pointe-de-l'Île
- Institut universitaire en santé mentale de Montréal
- Hôpital Santa Cabrini
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont
- CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel
- CSSS Lucille-Teasdale
- Institut canadien-polonais du bien-être inc.
- Le Centre jeunesse de Montréal



**RIOCM** | REGROUPEMENT INTERSECTORIEL DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE MONTRÉAL

753, avenue du Mont-Royal Est  
Montréal (Québec) H2J 1W8  
Téléphone : 514 277-1118  
Courriel : [info@riocm.ca](mailto:info@riocm.ca)