

**Pour un encadrement législatif
envers un système public,
universel et gratuit**

**Mémoire présenté à la Commission
des affaires sociales lors des
auditions publiques sur le projet de
loi n° 83 modifiant la Loi sur les
services de santé et les services
sociaux (LSSSS) et autres
dispositions législatives**

Par la Centrale des syndicats du Québec

Janvier 2005

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 agences régionales et dans tous les types d'établissements du réseau. Ces membres sont regroupés au sein des trois fédérations présentant les orientations de ce 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 le mettant 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 (FSPPSSS-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

Secrétariat : Jocelyne Sylvestre

Révision : Micheline Jean

La Centrale des syndicats du Québec (CSQ) représente environ 170 000 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 83

Ce projet de loi modifie la Loi sur les services de santé et les services sociaux afin d'harmoniser le nouveau mode d'organisation des services mis en place en application de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux sanctionnée le 18 décembre 2003.

Ainsi, le projet de loi prévoit l'ajustement des responsabilités entre les instances locales, les autres établissements, les agences de la santé et des services sociaux et le ministre de la Santé et des Services sociaux. À cet égard, les instances locales seront, de manière exclusive, responsables de la définition d'un projet clinique et organisationnel pour le territoire qu'elles desservent, alors que les agences exerceront davantage des fonctions de coordination en matière de financement, d'allocation des ressources humaines et de services spécialisés. Le projet de loi assure également la création et la mise en place de réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS). Le projet de loi introduit des modifications à la composition des conseils d'administration des établissements et des agences. Le projet de loi introduit aussi un processus de certification des résidences pour personnes âgées afin d'assurer aux personnes qui y résident un milieu de vie acceptable et des services de qualité. Ces personnes pourront, de plus, porter plainte auprès de l'agence et le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux aura le pouvoir d'intervenir dans les résidences titulaires d'un certificat de conformité. Le projet de loi instaure également des comités régionaux sur les services pharmaceutiques.

Par ailleurs, le projet de loi apporte certaines modifications visant le régime de traitement des plaintes. À cet effet, le projet prévoit que le commissaire local ou régional aux plaintes relèvera directement du conseil d'administration de l'établissement ou de l'agence. Il introduit l'obligation pour tout établissement de créer un comité de vigilance et de mettre sur pied un ou plusieurs comités des usagers. Enfin, il prévoit que les fonctions du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux seront dorénavant exercées par le Protecteur du citoyen.

En matière de circulation de l'information clinique, le projet de loi propose un certain nombre de nouvelles situations où la communication de renseignements contenus au dossier d'un usager est autorisée sans son consentement, si cette communication est nécessaire à la réalisation des finalités indiquées.

Le projet de loi instaure aussi des mécanismes visant la mise en place de services de conservation de certains renseignements de santé concernant une personne qui y consent. La mise en place de ces services vise à fournir aux intervenants habilités de l'information pertinente et à jour afin de faciliter la prise de connaissance rapide des renseignements de santé d'une telle personne au moment de sa prise en charge ou lors de toute prestation de services de santé fournis par ces intervenants, en continuité et en complémentarité avec ceux dispensés par d'autres intervenants.

TABLE DES MATIÈRES

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX ET PRÉSENTATION DU MÉMOIRE	9
GOVERNANCE LOCALE ET RÉGIONALE	10
La voie à plus d'iniquité dans l'offre de services.....	10
La voie à l'asservissement des groupes communautaires.....	11
La voie à un affaiblissement de la participation citoyenne	11
La voie à plus de privatisation	13
CIRCULATION DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET CONSERVATION RÉGIONALE D'UN DOSSIER-PATIENT INFORMATISÉ	15
Le consentement de l'utilisateur est plus que jamais nécessaire.....	15
La conservation d'un dossier-patient informatisé.....	16
ENCADREMENT LÉGISLATIF ENVERS UN SYSTÈME PUBLIC, UNIVERSEL ET GRATUIT	18
CONCLUSION	19
Pour un engagement politique clair.....	19
ANNEXE	22
Liste des recommandations de la CSQ sur le projet de loi 83.....	22

Commentaires généraux et présentation du mémoire

D'abord, la CSQ ne peut passer sous silence le peu de temps qui a été accordé aux organisations pour produire leur mémoire. Cela questionne la volonté réelle du gouvernement de porter attention à une démarche de consultation publique. La participation citoyenne démocratique ne peut qu'en être entachée, les différents groupes n'ayant pas tous les mêmes ressources et capacités de se plier à **la cadence du gouvernement** qui, lui, dispose au contraire d'importantes ressources.

Si le présent projet de loi déposé ne contenait que les harmonisations annoncées par le projet de loi 25, le court délai aurait pu se justifier. Mais ce n'est pas le cas. Le projet de loi introduit aussi d'importantes modifications aux procédures de traitement des plaintes de même qu'aux procédures relatives au consentement de l'utilisateur sur la circulation de renseignements cliniques le concernant. De plus, toute une nouvelle section relative à la conservation d'un dossier-patient informatisé, qui se révèle en fait un projet de carte à puce remodelé, n'était nullement attendue et aurait mérité un projet de loi spécifique assorti d'une consultation particulière.

Au regard des éléments d'harmonisation de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) avec le développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, la CSQ rappelle que le projet de loi 25 était loin d'avoir obtenu un consensus au sein de la société québécoise. La CSQ considère donc que cette harmonisation ne se fait pas sur la base d'un contenu devenu soudainement acceptable. La CSQ n'entend donc pas rappeler, dans ce mémoire, l'ensemble des arguments que la Centrale vous a exposés lors de la consultation publique sur le projet de loi 25, mais vous devez tenir pour acquis qu'ils sont pour la plupart encore de mise¹.

Au chapitre de la gouvernance, la CSQ s'attardera donc dans ce mémoire à dégager les deux principaux enjeux soulevés par notre analyse, soit les dangers qui subsistent à une décentralisation plus poussée de la planification et de l'organisation des services et les élans manifestes de privatisation et de communautarisation des services. Une section particulière sera consacrée à la circulation de l'information clinique et, enfin, des recommandations seront formulées afin que le gouvernement démontre son engagement réel à sauvegarder et à développer notre système public, universel et gratuit de services de santé et de services sociaux.

¹ Centrale des syndicats du Québec, *Une gouvernance régionale et des réseaux locaux de services, au service de qui ?*, Mémoire sur le projet de loi n° 25 intitulé Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Montréal : CSQ, 25 novembre 2003, (D11366).

Gouvernance locale et régionale

En lieu et place de la responsabilité de l'agence de produire un plan stratégique triennal d'organisation des services, lequel sera délégué aux instances locales, le projet de loi introduit plutôt la notion de plan stratégique pluriannuel. Celui-ci doit se conformer aux orientations ministérielles et respecter les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus élaborés par le ministre. L'évaluation des résultats de la mise en œuvre de ce plan se fera en fonction des cibles nationales et régionales.

Aux yeux de la CSQ, ce nouveau contrat de performance entre les paliers de gouvernance demeure, pour l'instance, nébuleux puisque ces standards ne sont pas pour le moment définis.

Sur quelle base s'établiront ces standards ? Prendront-ils la forme d'indicateurs isolés ou systémiques ? Seront-ils homogènes, formatés ou pourront-ils prendre en compte la réalité des milieux ? Un tel contrat constitue donc, en quelque sorte, une carte blanche législative de la part du ministre pour l'encadrement futur de ces instances.

De plus, quel sera le rôle du futur Commissaire à la santé et au bien-être dans la surveillance de ces divers contrats de gouvernance ? Il n'en est fait mention à aucun endroit dans le projet de loi. Des liens doivent pourtant être faits.

La CSQ avait signalé dans son mémoire sur le projet de loi 25 que la gouvernance régionale devait être plus qu'une simple gérance budgétaire et que la décentralisation de la programmation avait ses limites. Nos craintes subsistent à cet égard.

▪ La voie à plus d'iniquité dans l'offre de services

En accordant de manière exclusive la responsabilité de définir la planification et l'organisation de l'offre de services, incluant les ententes pour la prestation des services spécialisés et surspécialisés, à l'instance locale, il en découlera, forcément, beaucoup de disparités à l'intérieur même d'une région et entre les régions, particulièrement dans un contexte de rationalisation budgétaire.

Bien sûr, ce n'est pas la gamme, comme telle, des services offerts qui sera inéquitable, mais le niveau d'intensité et de qualité dans la prestation, selon que celle-ci sera fournie par les ressources d'un établissement public ou celles, plus pauvres, d'un groupe communautaire ou d'une entreprise d'économie sociale ou, au contraire, plus riches d'un fournisseur privé.

Milieu urbain, milieu rural, quartiers riches, quartiers défavorisés, certains auront des services de santé, mais surtout des services sociaux aux couleurs d'une « soupe populaire », alors que d'autres les recevront à la hauteur d'un « buffet gastronomique ».

- **La voie à l'asservissement des groupes communautaires**

Car sans nul doute, ce seront effectivement les services sociaux qui écoperont. Même si la mission CLSC et la mission CHSLD demeurent, les instances locales ont un mandat très clair d'offrir les services au meilleur coût possible. Qui dit meilleur coût, dit employés à rabais et qui dit bas salariés, dit organismes communautaires et entreprises d'économie sociale. La mission CLSC sera donc inévitablement réduite au minimum, soit à son caractère jugé essentiel par le conseil d'administration du nouvel établissement contrôlé par la mission hospitalière. Deux bâts blessent ici.

Les organismes communautaires deviennent complètement assimilés au réseau de services et assujettis aux priorités et aux objectifs définis par l'instance locale. Dans les faits, cela constitue un détournement de leur mission initiale. Le réseau communautaire s'est développé, au Québec, sur la base d'un mouvement qui prônait l'appropriation collective de son pouvoir de prise en charge dans le but de résoudre les problèmes spécifiques d'une communauté. Ils résoudront dorénavant les problèmes propres aux centres de santé et de services sociaux (CSSS).

Le conseil d'administration de l'instance locale peut être complètement réseauté par des personnes provenant de la mission hospitalière plus préoccupées par les besoins criants de services de nature médicale et curative. Il est facile d'anticiper les conséquences sur les autres missions de l'établissement. Minimalement, des sièges devraient être réservés au conseil d'administration pour représenter les missions CLSC et CHSLD afin que leurs besoins soient constamment pris en compte.

- **La voie à un affaiblissement de la participation citoyenne**

Le ministre dit garantir l'expression citoyenne des besoins particuliers des usagers par la voie des nouveaux comités qu'il instaure, soit les comités de résidents au sein des lieux d'hébergement et les comités de vigilance dans chacun des établissements. Il ouvre aussi la porte à ce que plus qu'un comité des usagers puisse être institué pour des clientèles aux caractéristiques particulières.

Ce sont là, effectivement, des lieux de prise de parole et d'action intéressants. Mais ce n'est pas dans ces lieux que se prennent les grandes décisions. C'est au sein des conseils d'administration (C.A.).

Au sein des instances locales, comme nous l'avons déjà signalé, rien ne garantit une représentativité de la mission CLSC ni de la mission CHSLD. Avant la fusion de ces établissements, leurs C.A. respectifs constituaient des lieux de décision importantes pour les personnes qui y siégeaient. On y débattait de sujets concernant les services de proximité très liés aux besoins des personnes, soit les soins et services à domicile, la qualité des soins en milieu d'hébergement ou d'autres questions les concernant intimement. Dorénavant, ces sujets n'auront guère la primauté au sein des C.A. fusionnés. On aura tendance à les reléguer aux discussions, non décisionnelles, des

comités de résidents ou de vigilance. Dans les faits, la participation citoyenne s'y trouve donc affaiblie. **Par ailleurs, il reste qu'avec la fusion des établissements, les sièges destinés aux représentants élus de la population sont, partout, réduits d'au moins du tiers.**

À l'instance régionale, le ministre aurait pu profiter des modifications apportées à la LSSSS pour réintroduire un processus électoral afin de garantir la représentativité au C.A. Ce n'est pas le cas. En plus, on abolit le Forum de la population. Même si celui-ci n'a guère été fonctionnel depuis son instauration, on aurait pu le bonifier ou lui substituer un lieu de participation démocratique plus pertinent.

Pour la population en général, une pleine marge de manœuvre est laissée tant aux instances locales que régionales sur les modalités d'information, de consultation ou de reddition de comptes aux citoyennes et aux citoyens. On invite surtout comités et instances à témoigner de la satisfaction des usagers envers les services reçus. Mais une réelle participation citoyenne, c'est bien plus que cela.

Au début des années soixante-dix, l'action citoyenne de prendre part aux décisions collectives a été, en effet, intimement liée au développement du système public de santé québécois. Cette participation a pris différentes formes. Elle s'est concrétisée autant dans le cadre de l'élaboration de nouvelles politiques publiques que dans celui de la gestion des organismes publics. **Mais cette dernière décennie, les changements législatifs ont continuellement réduit cet espace démocratique.**

Les citoyennes et les citoyens, qui sont, aussi, tantôt des usagers tantôt des professionnelles et professionnels de la santé disposent, à plusieurs titres, d'un droit de regard sur le développement de « leur » système de santé.

Selon le Conseil de la santé et du bien-être², la participation citoyenne contribue non seulement à la qualité et à l'efficacité de la gestion, mais aussi à la santé et au développement des communautés. Cette participation occupe trois grandes fonctions qui peuvent se révéler être autant d'avantages : l'échange d'*information* entre les citoyens, les experts (universitaires ou issus du milieu) et les élus ; la *conciliation* entre les différents groupes d'intérêt et l'*appropriation* par la population des services publics qui lui sont destinés et qu'elle finance par ses impôts.

La participation citoyenne s'avère donc une source de débats, d'échanges et de responsabilisation individuelle et collective. Elle apparaît comme un instrument indispensable à l'amélioration du réseau de la santé et des services sociaux. Comme le rappelait également le Conseil de la santé et du bien-être, « la participation publique est

² Conseil de la santé et du bien-être, *L'institution d'un commissaire à la santé*, Avis, novembre 2003, 52 pages.

une condition nécessaire du renouveau de la gouvernance, car elle permet de rétablir le lien de confiance entre les citoyens et les principaux services publics³ ».

Le même Conseil de la santé et du bien-être laisse un héritage récent au ministre sur diverses méthodes, actives et délibératives, de participation et de partage de pouvoirs⁴. Ces approches conduisent à un niveau et à une valeur de participation bien supérieurs que de simples collectes d'opinions. Mais elles exigent, bien sûr, une volonté administrative et politique de considérer le citoyen comme un acteur important dans la prise de décision publique.

De l'avis de la CSQ, l'État se doit de garantir des pratiques de gestion assurant l'intégrité et la transparence en maintenant et en développant des espaces de participation démocratique de la population, du personnel ainsi que de l'ensemble des secteurs d'activité de la vie collective dont l'action peut avoir un impact sur la santé et le bien-être, et ce, à tous les paliers d'influence et de décision. Dans sa plate-forme syndicale en santé et services sociaux⁵, la Centrale a, elle aussi, développé un riche contenu sur les meilleures pratiques à mettre de l'avant en matière de participation citoyenne et elle exhorte le gouvernement québécois à s'y engager.

▪ **La voie à plus de privatisation**

Le projet de loi 83 laisse une pleine marge de manœuvre aux instances locales sur la façon dont seront fournis les services avec l'enveloppe budgétaire qui leur aura été consentie. En effet, il est prévu que les réseaux locaux recevront leur budget en fonction du volume d'activités théoriquement générées par les caractéristiques de la population qu'ils desservent. Ils verront aussi à planifier et à organiser l'offre de services en concertation avec les différents partenaires du territoire, incluant les cabinets privés de médecins et autres cliniques privées, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les dispensateurs issus de partenariats public-privé (PPP). Les agences régionales ont d'ailleurs pour mandat de faciliter les ententes possibles de PPP pour des services qui pourraient être ainsi offerts à moindre coût.

On le voit, 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 en est ainsi facilité. Certaines administrations d'établissement pourraient y succomber pour des besoins qu'elles considèrent, localement, comme non prioritaires ou complémentaires, comme les services de soutien à domicile, par exemple. D'autres pourraient y prendre prétexte de se conformer à des directives ministérielles les invitant à se délester de missions qui,

³ Pierre-Gerlier Forest et collab., *Participation de la population et décision dans le système de santé et de services sociaux du Québec*, Conseil de la santé et du bien-être, Québec, 2000, p. 33.

⁴ Conseil de la santé et du bien-être, *Participation et consultation des citoyennes et citoyens en matière de santé et de bien-être*, Québec, 2004, 60 p.

⁵ 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, septembre 2001, 55 p. (D11055).

selon des diktats du modèle de partenariat public-privé, peuvent être effectuées par d'autres à moindre coût. Dans certains cas, cela pourra 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, ces orientations quant à la gouvernance régionale s'inscrivent très bien dans la vision libérale de réviser les rôles des instances étatiques et de rechercher largement des partenariats public-privé.

Circulation de renseignements cliniques et conservation régionale d'un dossier-patient informatisé

▪ Le consentement de l'utilisateur est plus que jamais nécessaire

Le projet de loi 83 vient modifier de façon radicale la notion de consentement de l'utilisateur à la circulation de renseignements cliniques le concernant. En pratique, les modifications proposées à l'article 19 de la LSSSS font en sorte que tout renseignement jugé nécessaire à la prise en charge d'un usager pourrait circuler de façon libre de tout consentement de la part de l'utilisateur à l'intérieur d'un réseau de services, que la prestation du service soit fournie par un établissement public, privé, communautaire ou une entreprise d'économie sociale.

De l'avis de la CSQ, ces propositions soulèvent un important dilemme éthique.

Bien sûr, le ministre peut plaider qu'il instaure des responsabilités contractuelles de confidentialité et de sécurité de l'information pour tous les types de fournisseurs de services. Bien sûr, il peut argumenter que faciliter la circulation de renseignements cliniques pertinents peut favoriser la qualité de l'intervention auprès de l'utilisateur. Il est certain aussi qu'un usager qui demande des services a tout intérêt que l'instance qui répondra à son besoin ait en main les outils nécessaires pour bien réaliser son travail.

Mais les risques de dérive sont trop importants pour enlever la notion de consentement.

Bien que l'exercice actuel de consentir à une transmission de renseignements se fasse le plus souvent assez facilement, voire un peu trop mécaniquement, ce n'est pas une raison pour le retirer. Ce consentement de l'utilisateur demeure nécessaire, particulièrement dans cette ère de fluidité virtuelle que nous vivons. Selon plusieurs, il devrait même, au contraire, être renforcé.

Minimalement, l'acte de signer un consentement, si automatique soit-il, appelle à une certaine conscience, à une certaine réflexion sur la nature des renseignements demandés, leur pertinence et sur la qualité professionnelle des demandeurs. Il donne droit également à des recours en cas d'abus. Il oblige aussi le demandeur à prendre le temps de vérifier, de façon professionnelle, les renseignements qu'il transmettra.

Si cette obligation de requérir ce consentement n'existe plus, cela ouvre la porte à plus d'occasions de laxisme. Il pourra devenir plus facile et plus courant de transmettre un rapport complet plutôt qu'un renseignement extrait ou de moins vérifier la teneur complète d'un renseignement transmis.

Malgré des procédures de sécurité, tous les receveurs de renseignements n'ont pas la même compétence professionnelle d'interpréter un contenu ou les mêmes habitudes institutionnelles concernant la tenue de dossiers. Dans les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale ou les entreprises privées de

sous-traitance, le roulement de personnel est souvent important et les qualifications professionnelles fort variables. Dans les petits milieux (localités ou régions), la familiarité peut conduire parfois à des laisser-aller plus ou moins volontaires des conduites de confidentialité. On peut aussi se demander pourquoi la transmission de renseignements contenus aux dossiers cliniques des établissements, lesquels sont généralement très garnis en information, pourrait se passer de consentement alors qu'on instaure des mécanismes très rigoureux de consentement, d'accès de confidentialité et de sécurité dans le cas de la conservation d'un dossier-patient informatisé dont le contenu est pourtant plus circonscrit. Les renseignements personnels contenus dans les dossiers cliniques de services de santé et de services sociaux sont de nature bien trop sensible pour ne pas les soumettre à des procédures de consentement de la part de l'utilisateur pour leur transmission. La loi actuelle prévoit suffisamment d'occasions de pouvoir le faire s'il y a urgence ou aux fins d'enquête. Il ne faut absolument pas élargir ses occasions. La CSQ s'oppose donc aux modifications proposées à la LSSSS à cet égard.

▪ **La conservation d'un dossier-patient informatisé**

Le projet de loi 83 introduit toute une nouvelle section concernant la possibilité offerte à l'utilisateur de conserver, au palier régional, un dossier-patient informatisé contenant des renseignements cliniques précis.

Cette formule semble être la solution de rechange libérale au défunt projet de carte à puce du Parti québécois.

Dans son essence, le présent modèle répond à plusieurs des objections qui avaient été soulevées lors de la consultation publique sur la carte-santé. Ce dossier patient est, à première vue, de nature strictement clinique et non administrative. Les renseignements contenus y sont très circonscrits. Sa conservation électronique est régionale et non nationale. Les mécanismes de consentement, d'accès, de confidentialité et de sécurité y semblent, cette fois, sûrs.

Mais pourquoi glisser le sujet en douce dans un projet de loi censé avoir pour objectif d'harmoniser les structures de services actuels aux changements induits par le projet de loi ? Harmonisation qui était d'ailleurs attendue plus tard, pour laquelle aucune précipitation n'était nécessaire puisque les instances actuelles de gouvernance seront légitimes jusqu'à l'automne 2006. Serait-ce que les ententes de partenariat public-privé pour l'informatisation de dossiers électroniques sont déjà conclues ?

La précipitation est douteuse.

Le sujet de la conservation électronique du dossier patient a toujours fait l'objet d'un débat public distinct. Le modèle libéral arrive par la bande avec un petit côté de surprise spontanée. Il n'a pas été annoncé. Le temps accordé pour traiter son contenu est insuffisant afin d'en analyser les tenants et les aboutissants et les impacts éventuels.

La CSQ a déjà formulé son avis au ministre sur cette façon de procéder. Ce chapitre aurait dû faire l'objet d'un projet de loi spécifique et d'une consultation publique distincte. Il serait encore temps pour le gouvernement de retirer cette section du projet de loi et d'en reporter l'adoption à la suite d'une commission parlementaire en bonne et due forme sur le sujet.

Encadrement législatif envers un système public, universel et gratuit

La CSQ n'a de cesse de dénoncer les élans de privatisation de plus en plus manifestes de notre système québécois de services de santé et de services sociaux. Les résolutions actuelles du gouvernement libéral au regard du développement de partenariats public-privé et la réforme de la gouvernance proposée par le présent projet de loi 83 viennent faciliter encore davantage cette dérive de privatisation.

Pour sa part, le ministre de la Santé et des Services sociaux de même que le premier ministre du Québec continuent de véhiculer dans le discours public que telles ne sont pas leurs intentions. Ils tentent de persuader la population que leurs politiques de réduction de l'État et d'assouplissements réglementaires ne visent pas à diluer les services publics.

À l'évidence, les perceptions mutuelles ne s'accordent pas.

Tout dans les changements législatifs successifs du gouvernement libéral depuis son accession au pouvoir conduit à une dilution des services publics en faveur de l'entrepreneuriat privé. Le secteur de la santé et des services sociaux est loin d'y échapper.

Alors si Québec veut véritablement convaincre les citoyennes et les citoyens de sa bonne volonté à l'égard du caractère public, universel et gratuit de notre régime de santé et de services sociaux administré par la LSSSS, il doit inscrire son engagement dans le cadre législatif.

À cet effet, la CSQ recommande de modifier la LSSSS en ajoutant, à la suite de l'article 1 de celle-ci, un paragraphe 1.1 introduisant le texte qui suit :

1.1 Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi est caractérisé par le respect des principes :

- 1° de gestion publique ;
- 2° d'intégralité ;
- 3° d'universalité ;
- 4° de transférabilité ;
- 5° d'accessibilité.

Ce régime interdit des pratiques de surfacturation ou d'imposition de frais modérateurs.

L'application de ces cinq principes et de ces deux interdictions est obligatoire, que les soins et services soient reçus dans un établissement, à domicile ou dans tout centre ou organisme ayant fait l'objet d'une entente de service.

Conclusion

Pour un engagement politique clair

La CSQ dénonce l'inutile précipitation avec laquelle le gouvernement libéral procède pour la consultation publique au regard de ce projet de loi 83 qui modifie substantiellement la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Les changements aux modes de gouvernance régionale et locale sont les plus importants depuis l'instauration du régime de services de santé et de services sociaux tel que nous le connaissons depuis plus de vingt ans. Sa réforme, engageant l'avenir à long terme de notre système public, aurait mérité un temps de réflexion au moins tout aussi important que celui qui a été accordé à l'élaboration d'un simple projet de centre hospitalier universitaire desservant la population francophone de Montréal qui, lui, s'est vu prolongé de plusieurs mois à maintes reprises !

La décentralisation de la gouvernance au regard des responsabilités de planification et d'organisation des services vers l'instance locale risque d'introduire des disparités importantes dans la prestation des services à l'intérieur d'une même région et entre les régions. Une pleine marge de manœuvre étant laissée aux instances locales sur qui, comment et où s'offrira le service, des iniquités seront forcément introduites quant au niveau d'intensité et de qualité du service reçu.

Ce sont les services de prévention et les services sociaux qui seront ainsi plus fragilisés, car plus susceptibles de se voir confier, aux organismes communautaires, aux entreprises d'économie sociale et à divers partenariats public-privé.

Il est indéniable que dans cette recherche du service rendu au meilleur coût possible, les missions CLSC et CHSLD de ces instances locales seront réduites au minimum par rapport aux besoins criants de nature médicale et curative de la mission hospitalière. Cette fragilité est accentuée du fait que le projet de loi ne garantit aucune représentativité spécifique de ces missions CLSC et CHSLD au sein des conseils d'administration qui pourraient être entièrement réseautés par la mission hospitalière.

C'est la participation citoyenne qui s'en trouve également diluée. Car, même si des comités d'usagers peuvent subsister pour des catégories particulières de bénéficiaires et même si de nouveaux comités de résidents et de vigilance sont institués, il reste que ce n'est pas là que se prennent les véritables décisions. C'est au sein des conseils d'administration.

Ce nouveau modèle d'organisation décentralisé vers l'instance locale accentue les élans de privatisation des services. En effet, cette instance a pleine marge de manœuvre pour conclure des ententes de service, ententes qui doivent être soutenues et facilitées par le palier régional. Dans un contexte de rationalisation financière et d'obligation d'éviter tout déficit budgétaire, la tentation de se tourner vers le secteur

privé est facile, d'autant plus qu'elle satisfait aux orientations gouvernementales de développement de partenariats public-privé.

Enfin, ce modèle d'organisation confirme l'asservissement complet des organismes communautaires aux priorités et objectifs définis par l'instance locale. Cela les détourne manifestement de leur mission initiale visant une appropriation collective des problèmes et de leur résolution qui était à l'origine de leur création et de leur développement tels qu'ils ont été conçus par la société québécoise.

Cette précipitation de la démarche d'adoption de ce projet de loi tente également de faire passer en douce des changements fort importants aux principes prévalents jusqu'alors quant à la circulation de renseignements cliniques. En pratique, le projet de loi propose, en effet, d'éliminer toute forme de consentement de la part de l'utilisateur à la circulation de renseignements jugés pertinents pour sa prise en charge, que celle-ci lui soit fournie par un établissement public, privé ou communautaire. Cette modification est inacceptable. Elle ne passe le seuil d'aucune considération éthique ou déontologique. **La notion de consentement de l'utilisateur a toujours été au cœur du système de soins et services québécois. Le projet de loi 83 renverse ce paradigme. Ce serait dorénavant le réseau de services qui serait au cœur du système.**

Par ailleurs, le projet de loi introduit tout un nouveau chapitre au regard de la conservation régionale d'un dossier-patient informatisé. Alternative libérale à la cartésanté péquiste, cette proposition n'était nullement attendue ou annoncée. Les délais de consultation ne permettent pas une analyse en profondeur de ces contenus et de ces impacts éventuels. Ce débat s'est toujours inscrit dans le cadre d'une consultation distincte et d'un projet de loi spécifique et, de l'avis de la CSQ, il devrait en être de même cette fois-ci. Le gouvernement devrait faire preuve de transparence démocratique et retirer ces éléments du projet de loi pour les présenter plus tard dans un projet de loi distinct soumis à la consultation d'une commission parlementaire spécifique.

De l'avis de la CSQ, il est indéniable que les changements législatifs consécutifs introduits par le gouvernement libéral depuis son élection visent une déréglementation favorisant les partenariats public-privé au détriment des services publics. Si telle n'est pas son intention d'accroître la privatisation des services de santé et des services sociaux, le gouvernement québécois doit montrer son engagement envers le caractère public, universel et gratuit de notre régime en l'inscrivant dans un cadre législatif.

À cet effet, la CSQ demande donc que Québec rapatrie les principes de gestion publique, d'intégralité, d'universalité, de transférabilité et d'accessibilité de la Loi canadienne sur la santé de même que les deux interdictions de surfacturation et d'imposition de frais modérateurs en les intégrant à la loi québécoise.

C'est à cette seule condition qu'un lien de confiance mutuelle en faveur d'un système public de santé et de services sociaux pourrait être enclenché, quel que soit le lieu de

prestation des soins et des services. Cet engagement politique doit être clair, et l'encadrement législatif est la meilleure voie pour le prouver.

**Liste des recommandations de la CSQ
sur le projet de loi 83
modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux
et autres dispositions législatives**

En préalable

Le projet de loi 83 vise principalement à harmoniser la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) au nouveau mode d'organisation des services mis en place en application de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (projet de loi 25) sanctionnée le 18 décembre 2003.

La CSQ tient à rappeler que cette harmonisation ne se fonde pas sur la base d'un consensus de la société québécoise. À l'instar d'autres groupes sociaux progressistes, la CSQ s'est prononcée contre l'instauration de réseaux locaux de services suivant la forme de la fusion des CLSC et des CHSLD à la mission hospitalière telle qu'elle a été adoptée par le gouvernement. La CSQ privilégiait et privilégie encore aujourd'hui des réseaux intégrés de services suivant des modèles prenant appui sur des ressources humaines dûment mandatées pour assurer les liaisons de continuité de services.

La CSQ s'est également exprimée contre une pleine décentralisation et une pleine délégation de responsabilités vers l'instance locale de gouvernance en matière de planification et d'organisation de services afin de préserver une équité dans la prestation des soins et des services pour tous les Québécois et les Québécoises. S'ajoutent à ces risques d'iniquité, des risques importants de primauté accrue accordée à la mission hospitalière avec la vision médicale curative qui est la sienne. Également, la pleine marge de manœuvre laissée aux instances locales sur la façon d'organiser les services avec l'enveloppe budgétaire qui leur est allouée et l'encouragement qui leur est fait à conclure des ententes de service pour les offrir à meilleur coût conduisent directement à un renforcement de la communautarisation des services, au détriment de la mission propre des organismes communautaires, de même qu'au développement de partenariats public-privé.

La CSQ ne partage donc toujours pas ces orientations ministérielles confirmées dans le projet législatif.

Les recommandations qui suivent ne constituent, en aucun cas, un aval accordé au contenu de fond du projet de loi 83. Toutefois, afin de limiter les conséquences négatives à l'adoption de ce projet de loi, la CSQ tient à formuler des recommandations essentielles à sa bonification minimale.

Dans une recommandation fondamentale, la CSQ exhorte également le gouvernement à prendre un engagement politique clair envers notre système public, universel et gratuit de services de santé et de services sociaux dans un encadrement législatif.

Recommandations

- 1- Au regard de la gouvernance locale, la CSQ recommande que des sièges spécifiques de représentation soient réservés au Conseil d'administration de l'instance locale pour la mission CLSC et la mission CHSLD de l'établissement.
- 2- Au regard de la circulation de l'information clinique à l'intérieur des réseaux de services, la CSQ recommande que soient retirées du projet de loi toutes les modifications visant à élargir les situations pour lesquelles la transmission de renseignements contenus au dossier de l'utilisateur pourrait se faire sans son consentement.
- 3- Au regard de l'instauration d'un processus de conservation régionale d'un dossier-patient informatisé, la CSQ recommande de retirer cette section du projet de loi afin qu'elle fasse l'objet d'un projet de loi distinct et d'une consultation publique particulière à la Commission des affaires sociales.
- 4- Afin que le gouvernement inscrive son engagement politique clair envers le système public québécois, universel et gratuit de services de santé et de services sociaux à l'intérieur du cadre législatif régissant le régime, la CSQ recommande de modifier la LSSSS en ajoutant, à la suite de l'article 1 de celle-ci, un paragraphe 1.1 introduisant le texte qui suit :

1.1 Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi est caractérisé par le respect des principes :

- 1° de gestion publique ;
- 2° d'intégralité ;
- 3° d'universalité ;
- 4° de transférabilité ;
- 5° d'accessibilité.

Ce régime interdit des pratiques de surfacturation ou d'imposition de frais modérateurs.

L'application de ces cinq principes et de ces deux interdictions est obligatoire, que les soins et services soient reçus dans un établissement public, à domicile ou dans tout centre ou organisme ayant fait l'objet d'une entente de service.



Communications

D11498

janvier 2005