

## 1. L'opposition au PL 10 est majeure et généralisée.

- **Toute la profession médicale** l'a critiqué sévèrement ou rejeté: Collège des médecins, Médecins spécialistes (FMSQ), omnipraticiens (FMOQ), les résidents (FMRQ), Association médicale du Qc (branche québécoise de l'Association canadienne), la Santé publique (ASPQ), Médecins québécois pour le régime public (MQRP);
- **Des spécialistes : près d'une centaine de professeur-e-s, chercheur-e-s, doyen,** des Départements d'administration de la santé, École de santé publique, des Universités de Montréal, Sherbrooke et de l'UQ, de l'École nationale d'administration publique, de l'Institut National de Santé publique, de chaires de recherche en gérontologie, en toxicomanie, sur l'évaluation et l'amélioration du système de santé, Politiques- Connaissances et Santé, sur les maladies chroniques en soins de première ligne, du Canada sur les Approches communautaires et inégalités de santé;
- **Des associations civiles** comme les Townshippers, la Voix des Anglophones, Quebec Community Groups Network;
- **Des élus locaux** comme la CRÉ de la Côte-Nord, la MRC de l'Outaouais, les 3 M (Matanie, Matapédia, Mitis);
- **Des individus et organismes de défense de droits** comme Me Jean-Pierre Ménard, comme le Conseil pour la protection des malades, le regroupement pour l'Intégration des personnes handicapées, etc., même le Protecteur du citoyen a été très critique;
- **Le milieu communautaire, des comités d'usagers de CSSS, des centres jeunesse, de réadaptation, le personnel cadre et de gestionnaires, les employé-e-s et leurs syndicats ou leurs ordres professionnels,...**

### Même Claude Castonguay a écrit son opposition au premier ministre Couillard...

"Ce projet de loi, s'il est adopté, va enfermer de façon définitive notre système de santé dans une bureaucratie étouffante. De plus, alors que le système a besoin d'être dépolitisé, comme vous l'avez déjà affirmé, il va l'être davantage. Selon tous les témoignages, il ne fait aucun doute que le projet va déresponsabiliser et démotiver tous ceux qui, à un titre ou autre, travaillent dans des conditions déjà difficiles à offrir les soins et les services dont la population a besoin. Il va aussi écarter des milliers de Québécois et de Québécoises qui apportent leur aide au bon fonctionnement de nos hôpitaux. Enfin, les changements proposés ignorent l'apport considérable et essentiel des organismes communautaires et des aidants naturels auprès des malades chroniques et des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale."

## 2. Le PL 10 ne s'attaque pas aux problèmes criants du système de santé.

Il n'y a rien dans le PL 10 pour :

- améliorer l'accessibilité aux soins et services,
- améliorer l'accès à un médecin de famille,
- diminuer les listes d'attente.

**Le Dr Barrette l'a très clairement dit en commission :**

### **Ce n'est pas un projet de loi qui concerne la première ligne.**

Or, les problèmes d'accessibilité débutent à la première ligne, c'est là qu'on doit trouver les médecins de famille qui, pour faire un bon travail, doivent faire partie d'équipes multidisciplinaires incluant les autres professionnel-le-s (infirmières, travailleuses sociales, etc.). Le PL 10 ne s'occupe pas de ça, il ne change rien à ça, il n'en traite pas.

### **Le PL 10 ne concerne pas les listes d'attente pour des services.**

Que ce soit pour des services sociaux (de soutien à l'autonomie pour les personnes âgées, handicapées, pour les familles, pour un suivi social, etc.), ou pour des services et soins médicaux (listes d'attente pour des chirurgies ou pour des traitements ou suivi par des spécialistes, etc.), le PL 10 ne concerne en rien tous ces soins et services qui sont actuellement déficients.

## **Le PL 10 ne traite que de structure, et du pouvoir à l'intérieur de ces structures.**

- 1) **Il fusionne des dizaines d'établissements ayant des missions différentes en une seule organisation;** cela complexifie la gestion et le respect de ces missions, l'organisation efficace des soins et services particuliers qui découlent de chacune, de même que l'encadrement et le soutien du personnel responsable;
- 2) **Il éloigne les lieux de décision des lieux de soins et services;** cela réduit la capacité de bien saisir et comprendre les divers besoins et réalités des populations de trop grands territoires; du coup, ça augmente les risques d'erreurs, de services inadéquats, d'augmentation de coûts, et surtout les risques pour la santé de la population;
- 3) **Il concentre dans les mains d'une seule personne, le ministre de la SSS, plus de 40% du budget du Québec,** sans obligation de publication réglementaire, s'autorisant même une application rétroactive des règlements, sans possibilité d'intervention de l'Assemblée nationale puisque le PL 10 lui confère presque tous les pouvoirs de décision, tant macros que micros, et de nomination des PDG, PDGA, et des membres des C.A., ouvrant dangereusement la porte à l'influence politique et à la collusion à grande échelle, ce que la Commission Charbonneau a pourtant largement dénoncé.

### 3. Le PL 10 va aggraver les problèmes actuels, tout en retardant leur solution.

En dix ans de fusion de CSSS, les problèmes qu'on a vus apparaître sont :

- a) L'augmentation du pouvoir des médecins au détriment de la première ligne
- b) La perte de proximité des services
- c) Peu (ou pas) d'intégration ni de continuité des services, approche populationnelle trop complexe
- d) Coupures et réductions de services
- e) Une détérioration des services sociaux
- f) Des structures trop grosses et ingérables
- g) Un recul de la démocratie
- h) Un impact négatif sur le personnel et les relations de travail
- i) Une gestion inappropriée: la Nouvelle gestion publique
- j) L'augmentation de la privatisation.

[Un rapport de la Direction de l'évaluation du MSSS](#) de 2010 sur l'implantation des CSSS observe, après 6 ans de fusion :

«...peu de réallocations budgétaires sont constatées de la deuxième et de la troisième ligne vers la première, [...]

**L'accessibilité aux services médicaux ne s'est guère améliorée... [...] La surcharge de travail observée chez les gestionnaires dès le début de la fusion est toujours aussi importante près de quatre ans plus tard, sinon plus qu'avant. Un essoufflement est tangible. La distance entre les installations demeure, pour la moitié des sites, un facteur qui complexifie la gestion. Pour le personnel, cela peut aussi vouloir dire avoir plus d'un supérieur puisque la structure organisationnelle n'est pas encore totalement stabilisée. De plus, les membres du personnel évoquent toujours une perte de contact avec leurs supérieurs, ils se sentent isolés et peu soutenus. Dans plusieurs CSSS, la stabilité de l'organisation n'est pas encore gagnée et il règne toujours un sentiment de confusion à savoir « qui relève de qui et qui fait quoi ». »**

**Non seulement le PL 10 ne règlera pas ces problèmes, il en retardera la solution. Et la fusion à plus grande échelle en augmentera la dimension, rendant plus difficile encore leur résolution.**

#### 4. Le mode de gestion proposé par le PL 10 ne convient pas à un organisme public.

**Le modèle de gestion qu'impose le PL 10 n'est pas celui d'une organisation publique : c'est un modèle de gestion privée.** Il ne cadre pas du tout avec la gestion d'une organisation publique de santé.

**Paul Lamarche, professeur à l'École de santé publique de l'U. de M., dit du PL 10 qu'il s'inspire plutôt de McDonald :** le Big Mac goûte la même chose partout dans le monde parce que l'objectif de McDonald n'est pas de répondre aux besoins alimentaires et nutritionnels des diverses populations, mais de répondre à ses propres besoins d'organisation, i.e. produire au meilleur coût pour de meilleurs profits, et que les populations consomment ce qu'on leur présente. **De la même façon, le PL 10 veut produire exactement les mêmes soins et services partout, quels que soient les réalités, les besoins, les particularités et les différences sociosanitaires des populations des diverses régions.**

**L'Institut sur la gouvernance des organismes privés et publics (IGOPP)**, écrit dans son mémoire:

"Le modèle de gestion proposé par le projet de loi 10 [...] est bien rodé dans le secteur privé où il porte le nom de « gouvernance stratégique » ou « gouvernance interne ». Toutefois, **ce modèle de gestion est rare et méconnu dans le secteur public. Il faudra donc devenir clair et explicite quant à son fonctionnement et fournir aux dirigeants des CISSS la formation appropriée.** »

Il en fut de même lors des fusions des CSSS de 2004. **Le rapport de la Direction de l'évaluation du MSSS** de 2010 sur l'implantation des CSSS écrit :

« **Presque tous les sites ont eu recours à des consultants ou à des firmes extérieures pour certains dossiers tel le soutien des cadres intermédiaires dans la gestion du changement ou la rédaction de documents stratégiques.** » (Note 30, p. 48)

**Avec les nouvelles fusions du PL 10, toutes les énergies seront consacrées aux problèmes de structures et pas du tout à l'amélioration des services.**

**Les soins et services déperiront, se détérioreront, ce qui augmentera les risques pour la santé de la population.**

**5. Toutes les études de partout dans le monde le démontrent :  
le PL 10 est une grave erreur et met même en danger la population.**

**Que ce soit aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Suède, aux Pays-Bas et même plus proche de nous, en Alberta,** « ... qui a adopté en 2008 une approche similaire à celle mise de l'avant par le projet de loi n°10. Les structures régionales ont été abolies et les responsabilités de gouverner, fortement centralisées au niveau provincial. Il est aussi frappant de voir à quel point les objectifs poursuivis par le gouvernement albertain à l'époque sont similaires à ceux mis de l'avant dans le projet de loi n°10. » (Damien Contandriopoulos, 2014)

**Les fusions au Royaume-Uni n'ont pas atteint les objectifs promis, pas plus d'ailleurs que les fusions et la centralisation en Alberta n'a rapporté l'efficacité promise.**

**« Des économies d'échelle ne se réalisent que dans le cas de la fusion de petits établissements. Ça plafonne pour des organisations dont la taille dépasse celle équivalente à un hôpital d'environ 400 lits, ou soit plus ou moins 3000 employés équivalents temps plein. [...]**

**À l'inverse, une étude longitudinale de l'effet de 40 fusions hospitalières en Californie a identifié une augmentation du taux de mortalité post-chirurgicale suite aux fusions. De manière générale, l'analyse rétrospective de centaines de fusions d'établissement aux États-Unis ne permet pas d'identifier un lien entre les fusions administratives et l'amélioration de la qualité. » (Damien Contandriopoulos, 2014)**

**Mais le ministre dit qu'il n'a pas besoin des études et des avis des autres parce que lui, il sait.**

**Laisserait-on un chirurgien opérer un patient s'il refuse d'emblée tous les diagnostics basés sur les examens, les radiographies et les analyses de laboratoire qui ont été faites, sur la seule base que « lui, il sait »?...**

## 6. Les conséquences du PL 10

### A- Augmentation de la sous-traitance/privatisation des services et soins.

La **Fédération des chambres de commerce du Québec (FCCQ)** appuie presque seule le PL 10 parce que

« ... les entreprises peuvent profiter des marchés publics pour prendre de l'expansion. Dans les fonctions susceptibles de faire l'objet d'une sous-traitance concurrentielle, la FCCQ indique notamment les fonctions auxiliaires (comme l'entretien ménager ou les services informatiques), les chirurgies d'un jour ou encore l'hébergement et les soins de longue durée pour personnes âgées. »

### B- Perte de pouvoir des citoyennes et citoyens, et des populations des diverses régions.

De 182 établissements à 28; un seul CA/CISSS pour toute une région aussi grande que le Saguenay/Lac-Saint-Jean, la Montérégie, etc.

**Perte d'expertise = 1515 postes de représentation perdus** : 53 postes sur les CA actuels d'Agence, 1462 postes sur les CA actuels d'établissement

Comment les diverses réalités d'une grande région se feront-elles valoir au sein d'un seul conseil d'administration de 15 personnes, dont la moitié « indépendante » nommée par le ministre ne connaît rien aux soins de santé et aux services sociaux, encore moins aux réalités qui les commandent, mais connaîtra ainsi toutes les occasions d'affaires ?

### C- Aggravation des problèmes actuels

Toutes les énergies serviront à régler les problèmes de structures plus grandes qui multiplieront les listes d'attente et diminueront l'accessibilité aux services, à un médecin de famille, etc.

### D- Aucune économie

Les fusions de 2004 n'ont rapporté aucune économie malgré les promesses faites, aucune démonstration n'en a été faite par le ministre Barrette, pas plus par les exemples de partout dans le monde. Au contraire, non seulement n'y aura-t-il pas économies d'échelle,

mais le PL 10 va engendrer plus de coûts et moins de services.

