



Mémoire de la Coalition Solidarité Santé  
Présenté à la Commission des affaires sociales  
Sur le projet de loi 83  
*Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux  
et d'autres dispositions législatives*

## **Modifications majeures à la LSSSS**

# ***Vers un démantèlement du système public de santé et de services sociaux***

Janvier 2005

## Table des matières

Table des matières	2
Avant-propos	4
Présentation de la Coalition Solidarité Santé	4
Introduction	5
L'instance locale, la sous-traitance et l'utilisation du communautaire	7
Vers une plus grande privatisation	8
Dénaturer le communautaire	9
L'agence régionale	11
Confidentialité et circulation des dossiers	12
Fichier national	12
La place des citoyens et citoyennes	13
Le traitement des plaintes	14
Conclusion	15
Annexe 1 :	
Manifeste pour la sauvegarde d'un système de santé et de services sociaux	16

*« La promotion de la santé est mise en œuvre par et avec les personnes et ne leur est pas imposée. Elle améliore à la fois la capacité d'agir des individus et celle des groupes, organisations ou communautés, d'influer sur les déterminants de la santé. Pour cela, il est nécessaire d'éduquer, de former à l'animation et au "leadership" et de bénéficier de ressources et de moyens. **La responsabilisation des individus exige de participer systématiquement à la prise de décisions** ainsi que des compétences et des connaissances essentielles pour pouvoir mettre en œuvre des changements. Les moyens de communication traditionnels et les nouvelles technologies contribuent à ce processus. Il faut aussi trouver de nouvelles manières d'exploiter les ressources sociales, culturelles et spirituelles en faveur de la santé.»*  
(OMS, Déclaration de Jakarta, 1997)

## ***Avant-propos***

Tout d'abord, la Coalition Solidarité Santé tient à réitérer sa position quant aux délais inadmissibles et irréalistes octroyés aux groupes pour préparer leur mémoire et se préparer à la Commission parlementaire. Il est inacceptable que les groupes n'aient même pas eu deux mois, et ce en comptant le temps des Fêtes, pour faire l'analyse du projet de loi 83, *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux*, déposé par le ministre de la Santé et des Services sociaux en décembre dernier.

C'est pourquoi la Coalition ainsi que plusieurs groupes et syndicats ont demandé un report de trois mois pour le dépôt des mémoires. La demande est restée lettre morte, À peine nous a-t-on donné une semaine de plus pour remettre notre mémoire auprès de la Commission des Affaires sociales.

Et pourtant, le projet de Loi 83 est exceptionnellement complexe. C'est un projet majeur qui vise à modifier plusieurs autres lois et qui soulève des enjeux importants. Il ne s'agit pas ici de modifications mineures ou d'harmonisation mais bien de remise en question des fondements du système québécois de santé et services sociaux.

La Coalition rappelle que l'Assemblée nationale a, dans le passé, manifesté une grande ouverture à l'expression des idées et des opinions lors de l'étude de projets de loi concernant notre régime de services de santé et de services sociaux. Ainsi, à l'été de 1991, l'Assemblée nationale a tenu la plus longue commission parlementaire de son histoire avant d'adopter la nouvelle Loi sur les services de santé et les services sociaux, cette même loi que le gouvernement s'appête à réviser dans la précipitation.

## ***Présentation de la Coalition Solidarité Santé***

La Coalition Solidarité Santé regroupe 52 organisations syndicales, communautaires, religieuses et des comités de citoyennes et citoyens. Depuis sa fondation en 1991, les actions de la Coalition ont toujours été motivées par la défense du droit à la santé pour l'ensemble de la population québécoise et ce, sans égard au statut ou au revenu des citoyennes et des citoyens.

Depuis sa création, la Coalition Solidarité Santé défend le respect des grands principes qui ont conduit à la mise sur pied de ce système: le caractère public, la gratuité, l'accessibilité, l'universalité et l'intégralité. Ces assises sont celles que l'on retrouve dans la Loi canadienne de la santé et dans le Pacte relatif aux droits sociaux, économiques et culturels, signé par le Québec, en 1976, dont l'article 12 porte sur le droit à la santé.

En janvier 2000, la Coalition adoptait son *Manifeste pour la sauvegarde d'un système public de santé et de services sociaux* (voir annexe 1). La Coalition Solidarité Santé demeure encore aujourd'hui le principal lieu d'échanges et d'information intersyndical et communautaire sur les enjeux entourant le système public de santé et de services sociaux.

## **Introduction**

Le projet de Loi 83 se situe en continuité directe avec la loi 25, adoptée à toute vapeur en décembre 2003. Mais le projet de loi fait bien davantage que préciser les modalités d'application de la loi 25.

Rappelons que près de 1300 organisations communautaires, religieuses et syndicales ainsi des citoyennes et des citoyens de toutes les régions du Québec avaient uni leur voix à celle de la Coalition Solidarité Santé pour réclamer, à l'automne 2003, le retrait du projet de loi 25 sur la création des agences locales de services intégrés. La loi 25, selon nous, a constitué la mise en application radicale du rapport de la commission Clair, dont nous avons vivement déploré le manque de rigueur et contesté les conclusions.

Le projet de loi 25 est tombé sans préavis malgré l'ampleur des changements proposés. Jamais, le programme de santé du Parti libéral n'avait annoncé de tels changements, et le gouvernement n'a pas cru bon de déposer d'abord un livre blanc ou un livre vert pour ouvrir un débat démocratique sur la question.

La Coalition avait émis plusieurs critiques à l'égard du projet de loi 25. Nous en rappelons ici les principales :

- La disparition des Centres locaux de services communautaires (CLSC) et des Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et de leur mission suite à une fusion forcée entraînera leur subordination à des centres hospitaliers importants.
- Des reculs démocratiques, puisque toutes les personnes appelées à siéger sur les conseils d'administration des nouveaux établissements issus des fusions, seraient nommées par le gouvernement
- La remise en question de l'universalité de plusieurs services sociaux et de santé qui ont été accessibles et gratuits dans les établissements publics du Québec.
- L'ouverture à une sous-traitance et à une privatisation accrue des services.

- L'utilisation des groupes communautaires autonomes à titre de dispensateurs de services à moindre coût.
- Un recul du droit à la santé par la remise en question du principe que les services sociaux et de santé publics doivent être accessibles à tous sans égard au statut ou au revenu.

### **Plus qu'une loi d'harmonisation**

Plus qu'une loi d'harmonisation, le projet de loi 83 propose des changements fondamentaux aux assises du système québécois de santé et de services sociaux. Chacun de ces éléments centraux de ce projet de loi aurait pu faire, en soi, l'objet d'un débat social ou d'une consultation publique distincte.

Sans en faire une liste complète, voici les principaux changements d'orientations du projet de loi :

- Il facilite le transfert des responsabilités et des services vers le privé, le communautaire et vers les entreprises d'économie sociale.
- Il remet en cause le principe du libre consentement des patients pour les échanges d'informations.
- Il met en place l'informatisation des dossiers des patients.
- Il limite la participation citoyenne à l'intérieur du réseau.
- Il revoit tous les mécanismes de traitement des plaintes.

Les changements proposés dans le projet de loi 83 viennent faciliter la privatisation, le transfert des responsabilités et des services vers le privé, vers les entreprises d'économie sociales ou vers les groupes communautaires que l'on veut utiliser comme des sous-traitants à rabais. Rappelons qu'avec la Loi 61 sur les partenariats public privé (PPP), le gouvernement visait déjà à confier au privé le développement des infrastructures et les installations publiques.

La Coalition affirme son adhésion pleine et entière aux cinq principes fondamentaux de la *Loi canadienne de la Santé* : gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité. Ces assises devaient également être celles du système québécois de santé et services sociaux, et c'est pourquoi la Coalition a demandé à plusieurs reprises que ces principes soient inscrits dans la Loi sur les service de santé et des services sociaux du Québec, afin de garantir à la population l'égalité et le droit à la santé, et ce sans aucune discrimination. L'occasion donnée par le projet de loi 83 de modifier la Loi sur les services de santé et les services sociaux permettrait de le faire.

Mais, en plus de ne pas les voir inscrits dans le projet de loi, la Coalition craint au contraire l'effritement progressif des cinq principes.

Voici, plus en détails, nos premiers commentaires sur le projet de loi 83.

### ***Instance locale et agence***

Comme la loi 25 l'annonçait, le projet de loi 83 vient définir le rôle des nouveaux réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, c'est-à-dire les établissements de santé fusionnés sur un territoire, ainsi que tout autre organisme privé, communautaire ou d'économie sociale, les pharmacies commerciales, les médecins et les autres professionnels en pratique privée... bref un magma imprécis d'éventuels « partenaires » appelés à dispenser des services de santé et des services sociaux. Ce réseau local « vise à responsabiliser tous les intervenants de ce réseau (...) afin qu'ils assurent de façon continue, à la population du territoire (...) l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux (...) » (art. 41).

Notons que la responsabilité des instances locales, c'est-à-dire les établissements multivocationnels issus de la fusion des établissements publics de santé (le centre de santé et de services sociaux) n'est plus d'offrir les services de santé et services sociaux mais d'assurer la coordination et l'accès à des activités et des services qui peuvent être dispensés par les autres « partenaires du réseau ». C'est donc un transfert de plusieurs responsabilités des services publics vers les autres « dispensateurs de services », y compris le secteur privé et les groupes communautaires.

L'instance locale s'assure de la coordination des activités et des services offerts par les intervenants du réseau local. C'est l'instance locale qui est « responsable, de manière exclusive, de définir un projet clinique et organisationnel (art. 41) » sur son territoire.

Outre les besoins sociosanitaires, le projet clinique doit identifier :

- les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de santé (...),
- l'offre de services requise (...),
- les modes d'organisation,
- les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau (art. 41) ».

L'instance locale doit mobiliser l'ensemble des acteurs du réseau local, y compris les groupes communautaires, afin de s'assurer de leur participation, pour définir le projet clinique qui doit être... conforme aux orientations ministérielles et régionales.

Pour assurer la coordination des services, l'instance locale doit mettre en place des mécanismes de référence et de suivi, conclure des ententes avec les différents producteurs de services (nommés ci-haut), collaborer avec les autres intervenants du milieu, « incluant le milieu communautaire, en vue d'agir sur les déterminants de la santé et les déterminants sociaux et d'améliorer l'offre de services à rendre à la population (art. 42) ». L'instance locale doit également « susciter et animer de telles collaborations (art.42) ».

### **Vers une plus grande privatisation**

Cette nouvelle structure s'inscrit dans une logique néo-libérale qui vise à mettre en place les conditions favorables à une privatisation des services publics. La volonté de recourir aux partenariats public-privé - même en santé et services sociaux - de l'actuel gouvernement fait craindre le pire. Clairement, cela veut dire que les établissements publics de santé vont pouvoir sous-traiter leurs services à qui leur semble (au privé, aux entreprises d'économie sociale ou aux groupes communautaires), en autant qu'ils s'assurent que le service soit disponible sur le territoire<sup>1</sup> et sous réserve des budgets dont ils disposeront.

Cette privatisation qui a été abondamment décriée, cause problème à plusieurs niveaux. Rappelons ici les principaux :

- On parle ici de la privatisation de la prestation de services et pas nécessairement de la privatisation du financement... mais on trace le chemin vers cette privatisation du financement, c'est-à-dire la tarification des services comme on le constate dans les services à domicile.

En confiant désormais tous les services d'aide à domicile (hygiène, alimentation, entretien ménager,...) pour l'ensemble des usagères et usagers qui en ont besoin pour plus de trois mois, on est en train de faire payer les personnes pour des services qu'on leur avait promis<sup>2</sup>. (voir documents produits par la Coalition solidarité santé sur les services à domicile).

- Il s'agit d'une réduction déguisée du panier des services qui sont assurés par le réseau public. Assurer « une large gamme de services de santé et de services sociaux » ce n'est pas la même chose que de garantir l'ensemble des services publics et gratuits que l'on trouve actuellement sur le territoire.

---

<sup>1</sup> Le projet de loi 25 allait déjà en ce sens.

<sup>2</sup> Notamment lors du virage ambulatoire et dans la politique A part égale visant les personnes handicapées.

Comment s'assurer du respect des normes de qualité des services sous-traités aux autres « partenaires » du réseau local...? Pour réaliser des économies, ne risque-t-on pas de remettre les services entre les mains de personnels moins formés ? Comment s'assurer de l'accessibilité à tous, partout sur le territoire et dans toutes les régions Québec, des services qui sont actuellement inclus dans la couverture publique ? Comment s'assurer que la population aura encore un mot à dire en matière d'accessibilité et de qualité de services ?

- Dans les ententes commerciales de « libre-échange », pour qu'un service soit protégé, il doit être livré par des institutions publiques sur l'ensemble du territoire et ce, sans frais. Dès que ce n'est plus le cas, les entreprises qui se sentent lésées peuvent revendiquer des subventions gouvernementales comparables à celles obtenues par les services publics ou celles accordées aux entreprises d'économie sociale, par exemple. Pire, une entreprise américaine ou locale pourrait, en cas de refus, poursuivre le gouvernement pour « perte anticipée de profits ».

Sous-contracter à des tiers des services de santé et des services sociaux, c'est retirer la protection que ces services ont actuellement dans les accords commerciaux. On peut donc être inquiets quand on lit qu'un établissement peut conclure une entente avec un organisme communautaire pour offrir non pas « certains services de santé ou services sociaux comme c'était le cas dans l'ancienne loi mais bien « la prestation de tout ou partie des services de santé ou des services sociaux requis par la clientèle de l'organisme (art. 48) ».

### **Dénaturer le communautaire**

Le réseau public n'aurait plus uniquement la responsabilité de déterminer l'offre de services publics. Il aurait dorénavant « responsabilité de manière exclusive (art 41)» :

- de déterminer les besoins de la population, les objectifs à poursuivre pour améliorer la santé de la population.
- de déterminer l'offre de services requise et les modes d'organisation pour l'ensemble des services de santé et des services sociaux, y compris les actions sur les déterminants de la santé offerts par tous les partenaires du réseau, notamment les groupes communautaires.

Bien sûr, les groupes communautaires du territoire seront appelés à « contribuer à l'élaboration du projet clinique et organisationnel », mais sans aucun pouvoir décisionnel. Leur rôle se limitant à participer à la consultation, d'autres décideront.

Bien sûr, les groupes ont le pouvoir de refuser les « ententes de services » avec l'instance locale, mais quand on sait qu'une proportion de plus en plus grande du financement des groupes passe par ce type d'ententes, on craint fort pour cette « liberté de choix ».

Il faut se rappeler à ce propos que la Politique de l'action communautaire, adoptée en 2001, prévoyait l'existence d'ententes de services et les modalités de transfert des informations personnelles dans de tels cas. En outre, les groupes communautaires peuvent maintenant recevoir, par entente de services, non plus du financement pour une partie des services de santé et services sociaux mais pour l'ensemble de ces services requis par la clientèle de l'organisme.

Mais au delà de ces considérations, le libellé du texte de loi est très préoccupant puisque l'instance locale risque fort d'être celle qui fixera les priorités pour le financement des groupes, avec ou sans entente de services. En fait, la table est mise pour que l'instance locale devienne la référence de l'Agence régionale (les anciennes régies régionales) pour déterminer les priorités à de financement pour le mouvement communautaire... autonome !

Quand on parle des actions sur les déterminants de la santé, on ne parle plus seulement de certains services publics sous-traités, mais bien de la mission première de bon nombre de groupes communautaires, et pas seulement ceux financés par le programme SOC. Les tables de concertations seront-elles assujetties aux priorités des instances locales (dans une logique toujours d'offrir les services au moindre coût par la sous-traitance) pour avoir accès au financement ? Et les groupes familles ? Les groupes agissant sur la sécurité alimentaire ? Les groupes de défense des droits ?

Encore une fois, le danger est grand de perdre l'essence même du mouvement communautaire, défini comme espace citoyen de la démocratie, comme lieu de défense des droits, d'expérimentation, de réponses alternatives aux besoins exprimés par les citoyens et citoyennes d'un milieu.

D'une logique de partenariat et de soutien à la concertation, on passe à une de coordination du communautaire par le réseau du haut vers le bas.

Cela risque de miner grandement la capacité d'initiative du communautaire et le respect de son autonomie dans la recherche des collaborations essentielles à protection et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population d'une région ou d'une sous-région.

## **L'agence régionale**

Les agences de développement des réseaux locaux de services intégrés (les anciennes régies régionales) doivent, comme le nom l'indique, développer le nouveau modèle de réseaux locaux sur le territoire et, à cette fin, faciliter les arrimages, les ententes de services entre les nouveaux partenaires et organiser les approvisionnements en commun.

Il existe plusieurs rapprochements à faire entre la création de l'Agence des partenariats public-privé du Québec et l'ouverture déjà faite au secteur municipal de promouvoir la privatisation mais, cette fois-ci, dans le domaine de la santé.

Les agences ne sont plus, comme devaient être au départ les régies, un lieu de participation citoyenne pour s'entendre sur les priorités et l'organisation des services d'une région.

Les agences seront, quant à nous, clairement des courroies de transmission du ministère vers les établissements de réseau, avec des pouvoirs décisionnels et des mandats très restreints.

L'agence financera les groupes communautaires. Cette revendication du mouvement communautaire a été entendue. Il faut aussi se rappeler que les groupes doivent tout de même conclure des ententes avec l'instance locale pour avoir accès à cette partie du financement par ententes de services... et que l'instance locale est celle qui détermine (par son projet clinique et organisationnel) les besoins en matière de santé et de services sociaux sur le territoire. Les garanties de respect de l'autonomie des groupes sont loin d'être au rendez-vous... d'autant plus que le financement de base pour la mission globale des organismes reste très insuffisant.

L'agence doit, à cet égard, soutenir les établissements afin de favoriser la conclusion d'ententes de services. L'agence doit aussi déterminer, à l'intérieur de son plan stratégique, « les mandats et les responsabilités qui devront être assumés par les instances locales (...) et les organismes communautaires ». À cette fin, l'agence doit mettre à contribution les organismes, organismes qui n'ont pas plus de pouvoir décisionnel pour déterminer le plan stratégique de l'agence que le projet clinique et organisationnel de l'instance locale.

Pour calmer la controverse concernant les piètres conditions d'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie, l'Agence a le mandat d'émettre des « certificats de conformité » pour les résidences privées « qui en font la demande ». Ces résidences devront respecter les critères socio-sanitaires qui seront, ultérieurement, déterminés par règlement. Notons que les mécanismes de vérification pour émettre un tel certificat apparaissent bien timides.

Le réseau public pourra référer un résident vers une résidence privée qui détient ce certificat... C'est une façon commode pour le gouvernement de s'engager vers la sous-traitance tout en négligeant d'accroître la qualité et la quantité des services publics d'hébergement.

### ***Confidentialité et circulation des dossiers***

Le projet de Loi 83 permettra la circulation du dossier clinique du patient au sein de l'instance locale, soit le réseau CSSS, et ce sans le consentement de l'utilisateur. C'est-à-dire que le dossier pourra être transmis aux autres dispensateurs de services : groupes communautaires, entreprises privées ou d'économie sociale, ressource intermédiaire, ressource familiale, professionnel, si cette information est «nécessaire » à la prise en charge de l'utilisateur.

Quelles seront les obligations afférentes à la confidentialité des renseignements communiqués par ces organismes, puisque les organismes publics et les organismes privés ne sont pas liés aux mêmes lois de protection des renseignements personnels ?

Ici, c'est toute la notion de consentement telle qu'on l'avait toujours entendue qui est évacuée. C'est un revirement majeur de paradigme des lois et règlements qui encadrent la protection des renseignements personnels. En fait, on remplace la notion de consentement libre, éclairé, limité dans le temps, donné pour une personne précise et pour un objet précis par la présomption d'un consentement général illimité, c'est-à-dire l'absence même de la nécessité de consentement.

La Coalition Solidarité Santé refuse ce changement de paradigme et il n'est pas question, du point de vue éthique, que le patient ne puisse donner son consentement sur tout un pan de sa vie privée. De plus, il n'y a aucune garantie de sécurité et de confidentialité du dossier, puisque celui-ci pourra circuler partout à l'intérieur de l'instance locale.

**Recommandation :**

**La Coalition demande que toute la question du consentement et de la circulation des dossiers des patients soit retirée du projet de loi 83 et qu'un débat public se fasse sur cette notion.**

### **Fichier national**

Il s'agirait d'un fichier centralisé auquel les intervenant-e-s des organismes publics et les partenaires privés pourraient avoir accès (comme les groupes communautaires sont incorporés en vertu de la troisième partie de la Loi des compagnies privées, ils sont de facto, assimilés aux partenariats privés).

On pourrait y retrouver certaines informations précises pour identifier la personne, le médecin traitant, les lieux où elle reçoit des services, les résultats de ses examens médicaux ... et l'ensemble des médicaments qui lui ont été prescrits. Même si le dossier du patient n'est pas inclus, on peut aisément reconnaître les maladies d'une personne par sa médication.

Si certains experts sont prêts à garantir la confidentialité de ces informations centralisées, d'autres affirment que de telles banques de données ne sont jamais complètement et totalement à l'abri. Quoiqu'il en soit, en faisant circuler le dossier du patient à l'intérieur de réseau local, nos garanties de confidentialité sont déjà fort compromises, avec ou sans mécanismes d'étanchéité pour les informations contenues dans cette banque centrale de données.

Paradoxalement, au moment où le gouvernement mine le réseau public, il propose un réseautage large avec un ensemble de partenaires privés. Le réseau de la santé sera, de ce fait, un réseau de plus en plus virtuel... et de moins en moins public.

À ce jour, le gouvernement n'a formellement donné aucune garantie sur le fait que l'informatisation servirait uniquement à des fins cliniques, puisqu'en connaissant l'ensemble des services reçus par une personne, il serait possible de connaître avec précision combien cette dernière a coûté au réseau.

**Recommandation :**

**La Coalition Solidarité Santé demande un débat public sur la constitution d'un dossier national.**

### ***Place des citoyennes et citoyens***

Avec le projet de Loi 83, le gouvernement poursuit le travail amorcé depuis 1996 pour restreindre le contrôle citoyen sur l'avenir et le devenir des services publics de santé et de services sociaux.

Les établissements fusionnés d'un territoire ne possèdent plus qu'un seul conseil d'administration, où sur 17 membres, on ne retrouve plus qu'une minorité de quatre citoyens et citoyennes élus par la population d'un grand territoire. Rappelons que les citoyens et citoyennes élus constituent le noyau majoritaire des conseils d'administration de plusieurs catégories d'établissement dans la loi originale de 1991 et que leur influence a été progressivement diminuée au fil des changements à la loi. Le personnel du réseau a aussi vu sa représentation amputée au sein des conseils d'administration.

Quel pouvoir d'influence auront quatre citoyens et citoyennes minoritaires devant la tâche éminemment ardue de gérer jusqu'à neuf établissements fusionnés et la panoplie incroyable des ententes à réaliser avec les autres « dispensateurs de services » ?

D'autre part, si les citoyens et citoyennes pouvaient avoir un certain sentiment d'appartenance aux institutions de leur quartier naturel, ils risquent de se sentir submergés par la responsabilité d'une méga-institution d'un territoire auquel ils s'identifient beaucoup moins.

La participation citoyenne se résume à bien peu de choses quand on lit qu' « une instance locale doit recourir à différents modes d'information ou de consultation de la population afin de la mettre à contribution et de connaître sa satisfaction... » (art. 41). On ne précise aucun de ces mécanismes... Pourrait-il se résumer à un sondage téléphonique de satisfaction. Pourtant, les expériences démontrent clairement qu'une réelle participation citoyenne en santé est garante d'une meilleure qualité des services et de l'établissement des priorités plus conformes aux besoins d'une population.

### ***Le traitement des plaintes***

Le traitement des plaintes est modifié et comporte plusieurs améliorations réclamées depuis longtemps par les différents acteurs sociaux. Notons qu'un commissaire aux plaintes à l'intérieur du réseau local relève dorénavant directement du conseil d'administration. Le protecteur des usagers en matière de santé relèvera, quant à lui, du protecteur des citoyens pour une plus grande indépendance.

Parallèlement à ces améliorations, la Coalition demande que des dispositifs pour informer la population sur les mécanismes de traitement des plaintes, y compris celle qui sera desservie par tous les nouveaux « dispensateurs de services » des réseaux locaux, soient mis en place.

Il persiste toutefois plusieurs ambiguïtés dans le projet de loi. Les groupes communautaires pourront recevoir le mandat pour assister et accompagner un usager dans le cadre des plaintes. Quelques questions se posent toutefois : ces groupes seront-ils financés uniquement pour leur volet « services » ? Pourront-ils poursuivre leur travail d'accompagnement hors réseau (aide sociale, régie du logement, etc.) ? Pourront-ils poursuivre leur travail de mobilisation et d'actions collectives ?

## **Conclusion**

Étant donné le peu de temps que la Coalition Solidarité Santé avait pour analyser le projet de Loi, nous n'avons pas pu examiner d'une façon exhaustive tous les articles et leur interprétation. Par contre, l'ampleur des enjeux et la complexité du projet de loi justifie la demande de report faite par la Coalition. Les questions que nous soulevons dans ce mémoire méritent d'être étudiées plus longuement et certains aspects devraient être débattus publiquement.

Ce projet de loi ne fait que confirmer la direction prise par le gouvernement Charest de délester une partie des services de santé et services sociaux à d'autres dispensateurs que le réseau public, d'aller vers un accroissement de la privatisation de la santé et de détruire un système public et universel mis en place par la population québécoise et de réduire le panier de services.

Nous ne pouvons que s'inscrire en faux contre cela, et surtout qu'un réel débat social se fasse pour que l'ensemble des citoyens et citoyennes puissent se faire entendre. La population veut plus de services et plus d'accessibilité. Le projet de loi 83 ne va pas dans ce sens, au contraire.

La Coalition demande donc au ministre de la Santé et des Services sociaux et au gouvernement de ne pas se contenter d'une brève Commission parlementaire et d'adopter rapidement ce projet de loi. La Commission permettra du moins, dans un premier temps, de faire ressortir les enjeux majeurs, et il faudrait par la suite revoir le processus de consultation plus large afin de se laisser le temps de discuter et de trouver les meilleures façons de faire pour garantir le maintien et le développement d'un système public, universel et accessible de santé et services sociaux.

## **Coalition Solidarité Santé**

### **Manifeste pour la Sauvegarde d'un Système public de Santé et de Services sociaux**

#### **Un droit incontournable : la santé**

**La Coalition Solidarité Santé** fait sien le principe du droit à la santé tel que défini par l'Organisation Mondiale de la santé:

*La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale.*

#### **Une définition de la santé qui s'impose**

**La Coalition Solidarité Santé** fait aussi sienne la définition de la santé proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé à savoir que «la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie».

#### **Une vision sociale de la santé à réaffirmer**

**La Coalition Solidarité Santé** réaffirme que le système québécois de santé et de services sociaux doit reposer sur une vision sociale de la santé et du bien-être qui englobe les grands déterminants de la santé (revenu, éducation, environnement) et non sur une vision strictement médicale et comptable de la maladie.

## **Des principes à maintenir et à garantir**

**La Coalition Solidarité Santé** affirme son adhésion pleine et entière aux principes fondamentaux d'un système public de santé et de services sociaux : le caractère public, l'universalité, la transférabilité, l'intégralité, l'accessibilité et la gratuité (sans contribution directe des usagères et des usagers).

**La Coalition Solidarité Santé** exhorte le gouvernement québécois à intégrer ces principes fondamentaux dans la Loi québécoise de la Santé et des Services sociaux.

**La Coalition Solidarité Santé** réaffirme la nécessité que les soins de santé et les services sociaux soient disponibles pour toutes les Québécoises et tous les Québécois et ce, sans discrimination aucune afin de garantir l'égalité et le droit à la santé.

**La Coalition Solidarité Santé** réaffirme la nécessité de maintenir et d'élargir les espaces démocratiques qui permettent aux citoyennes et aux citoyens de faire entendre leur voix dans la gestion et les orientations quant à l'avenir du système québécois de santé et de services sociaux.

**La Coalition Solidarité Santé** s'oppose vigoureusement à tout rétrécissement du rôle social de l'État québécois dans le domaine de la santé et des services sociaux et exige que celui-ci assume pleinement ses responsabilités dans la prestation de services publics.

**La Coalition Solidarité Santé** réaffirme qu'un système intégralement public, géré et financé publiquement, est la seule garantie que les Québécoises et les Québécois aient un système équitable et efficient.

**La Coalition Solidarité Santé** s'oppose à toute orientation gouvernementale qui atrophierait le principe d'autonomie des groupes communautaires autonomes en les obligeant à agir en substitution ou dans le prolongement du mandat des établissements publics de même qu'à répondre à des priorités gouvernementales.

## **Un refus sans équivoque de la privatisation**

**La Coalition Solidarité Santé** s'oppose à toute marchandisation des services sociaux et de santé, à toute privatisation active ou passive du système québécois de santé et à toute mesure qui aurait pour effet d'instaurer un système à deux vitesses.

**La Coalition Solidarité Santé** s'oppose à toute contribution financière pour des services qui devraient être publics et réclame que cesse immédiatement toute facturation de produits et services médicaux relative aux diagnostics, aux soins et aux traitements dans les cabinets de médecins et dans les établissements de santé.

**La Coalition Solidarité Santé** réclame que toutes les personnes, dont l'état de santé nécessite un hébergement temporaire ou permanent, aient accès à des ressources publiques leur garantissant la qualité des soins et ce, en quantité suffisante.

### **Une couverture publique à développer**

**La Coalition Solidarité Santé** réclame que tous les services sociaux et de santé contribuant à la santé et au bien-être de la population québécoise soient inclus dans la couverture publique y compris ceux répondant à de nouveaux besoins de la population.

**La Coalition Solidarité Santé** réclame que les services et les soins nécessaires au maintien à domicile des personnes dont l'état de santé et de bien-être les requiert soient garantis par la couverture publique.

**La Coalition Solidarité Santé** réclame l'adoption par le gouvernement québécois d'une véritable politique du médicament laquelle comprendrait notamment un régime public et universel d'assurance médicaments.

### **Une pratique médicale à repenser**

**La Coalition Solidarité Santé** constate que le paiement à l'acte génère plus d'effets pervers que d'avantages pour la population québécoise et exige une révision du mode de rémunération des médecins qui corresponde aux besoins de la population.

**La Coalition Solidarité Santé** réclame que soit favorisée une approche multidisciplinaire dans la gestion, la planification, l'organisation, et la prestation des services et des soins qui inclut tous les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, y compris les médecins.

Une réalité à reconnaître: la spécificité des femmes

**La Coalition Solidarité Santé** dénonce l'ampleur du rôle et des responsabilités qui incombent aux femmes dans la prestation des services de santé et des services sociaux en tant que proches aidantes et réclame des mesures gouvernementales immédiates pour remédier à ces impacts négatifs de la

transformation du réseau de même que des politiques publiques qui respectent les besoins et les attentes des femmes ainsi que le caractère volontaire de leur engagement.

### **Un réinvestissement urgent : le financement du système**

**La Coalition Solidarité Santé** réclame d'urgence un réinvestissement tant fédéral que provincial dans le système de santé québécois afin de réaliser la consolidation financière des services publics et leur développement; elle appuie avec le même sentiment d'urgence les revendications des organismes communautaires autonomes pour la consolidation de leur financement.

**La santé au Québec, c'est un droit  
Comme peuple, on a déjà fait ce choix**