

Jusqu'où ira la déshumanisation du réseau de la santé et des services sociaux?

**Intervention de Jacques Fournier, délégué de l'Association québécoise de défense
des droits des retraités (AQDR) à la Coalition Solidarité Santé**

**lors de la soirée-discussion du 17 mars 2011 organisée à l'UQAM par les Amis du
monde diplomatique (groupe de Montréal)**

Bonsoir,

Je remercie les organisateurs de m'avoir invité à cette soirée. C'est un sujet qui me passionne. Je vais traiter surtout de quatre points :

- d'abord, un bref rappel historique concernant les finalités de la réforme Couillard qui a forcé, en juillet 2004, la fusion des CLSC, des CHSLD et des hôpitaux;
- ensuite une brève présentation de ce qu'est la nouvelle gestion publique, la NGP;
- ensuite les impacts de la réforme Couillard et de la NGP sur les personnes qui vivent une perte d'autonomie liée au vieillissement, les PALV comme ils disent joliment dans le jargon des technocrates,
- enfin, le recul de la participation citoyenne que prévoit le projet de loi 127 actuellement à l'étude à l'Assemblée nationale.

La réforme Couillard

La réforme Couillard est née d'un malentendu et d'une certaine manipulation de l'opinion publique. Le discours dominant du ministère était de prétendre que les établissements ne collaboraient pas entre eux, qu'ils fonctionnaient en « silos » et qu'ils avaient chacun leur chasse-gardée. En fusionnant tous les établissements, il n'y aurait plus de problème.

Dans les faits, sur le terrain, au cours des dernières années, les établissements collaboraient beaucoup. Mais la population a été mystifiée d'entendre le discours suivant : désormais, vous aurez tous les services dans la continuité. De fait, la réforme Couillard consacre la mainmise des hôpitaux sur les CLSC, ce dont rêve l'Association des hôpitaux du Québec depuis 30 ans.

Il faut traiter du problème de la trop grande taille de plusieurs établissements. La réforme Couillard est basée, tenez-vous bien, sur le concept technocratique de « bassin de

desserte de l'hôpital », concept qui ne correspond à rien au plan sociologique. C'est un concept farfelu car la loi donne le droit à l'usager de fréquenter l'hôpital de son choix. Si vous habitez Lac-Mégantic, oui, c'est évident, vous appartenez au bassin de desserte du petit hôpital local. Mais dès que vous habitez une grande ville ou une banlieue, le bassin de desserte de l'hôpital ne correspond plus à une réalité sociologique.

A l'heure actuelle, sur 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS), environ le tiers sont hypertrophiés, c'est-à-dire qu'ils sont alourdis par un gros hôpital ou par un territoire d'appartenance trop étendu et dysfonctionnel. Ce sont des CSSS sous-régionaux plutôt que locaux. Que penser du territoire du CSSS Richelieu-Yamaska qui s'étend de St-Bruno à Acton Vale? On pourrait multiplier les exemples.

Les CSSS de taille « normale » (petit CH, une seule MRC) présentent moins de problèmes. Encore qu'au plan de l'efficacité de la gestion et du développement du sentiment d'appartenance, le « *small is beautiful* » m'apparaîtrait davantage porteur de transformations et d'innovations sociales, comme la proximité et la participation réelle du personnel à la gestion.

La Coalition Solidarité Santé a publié un substantiel dossier noir sur les ratés de ces fusions, dont je vous donnerai l'adresse du site internet si vous le voulez.

Selon les chercheurs Alain Dupuis et Luc Farinas, les fusions sont le fruit d'une mode dangereuse : « Il s'agit d'une mode managériale sans fondement sérieux au regard des sciences de l'organisation et qui pousse l'ensemble du système vers le modèle de la grande entreprise divisionnalisée. Sous l'effet de ce modèle, nos organisations risquent de devenir toujours plus grosses, plus formelles, plus abstraites, plus impersonnelles, plus superficielles, vides d'engagements et de jugements éclairés. » (Cahier de recherche du Cergo, 2009, Énap et Télugu).

(Remarque d'une participante : une fusion, c'est rendre liquide ce qui était solide !)

La réforme Couillard repose sur l'implantation, dans chaque établissement, d'un « projet clinique », un vaste et lourd exercice de concertation de tout le monde avec tout le monde, pour mieux refiler au communautaire le soin de boucher les trous non comblés par le secteur public. La nouvelle logique du gouvernement, c'est le « faire faire ». Quand ce n'est pas payant, on fait faire par le communautaire. Quand c'est payant, on fait faire par le privé. J'ai retrouvé une citation très significative à ce propos.

Le 9 mai 2005, Luc Boileau, p.d.g. de l'Agence régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie a déclaré publiquement que les projets cliniques sont un « plan d'affaires ». Or, un plan d'affaires, c'est habituellement un montage financier qui vise à ce qu'une entreprise fasse des profits. Le projet clinique vise-t-il donc à faire des profits ? Mais des profits pour qui ?

La « nouvelle gestion publique »

Pour bien comprendre le contexte dans lequel la réforme Couillard a été implantée, il faut présenter les grands enjeux de la nouvelle gestion publique, la NGP.

Le secteur public de la santé a adopté une nouvelle philosophie de gestion qu'on appelle la nouvelle gestion publique, la NGP. C'est une gestion qui s'inspire de l'entreprise privée : augmenter la performance, revoir les processus d'organisation des services, etc. En théorie, c'est beau. En pratique, on ne gère pas des lits de CHSLD comme une usine de petits pois. Sur le terrain, les intervenantes, infirmières, travailleuses sociales, ont l'impression d'être pressées comme des citrons. Elles passent beaucoup de temps à remplir des statistiques au détriment des services à la clientèle. En théorie, la NGP prévoit que le personnel est consulté et que ses suggestions sont prises en compte par la direction. Sur le terrain, ce n'est pas ce qu'on constate. Le personnel a l'impression d'être consulté pour la forme et que les cadres en font à leur tête. L'approche autoritaire domine.

La NGP veut faire en sorte que le secteur public donne le moins possible les services mais les « fasse faire » par d'autres entreprises de façon à diminuer les coûts. Dans les faits, c'est souvent l'entreprise privée qui prend la relève. Or une recherche récente, menée par Margaret McGregor et Lisa Ronald de l'Institut de recherche en politiques publiques (IRPP), démontre qu'il y a davantage de chances d'avoir des services de moins bonne qualité dans les établissements privés de soins aux aînés, que dans les établissements publics. La NGP, en valorisant uniquement les réductions de coûts, ne met pas en place les conditions effectives pour des services de qualité aux usagers.

Les PALV

J'aborde maintenant le troisième point de ma présentation : les impacts de la réforme Couillard sur les services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

La fermeture de lits de longue durée situés dans les hôpitaux de courte durée a créé de nombreux problèmes. L'Agence héberge les personnes concernées d'abord en lits d'évaluation, puis en lits de transition et enfin dans des lits définitifs. Trois déménagements. C'est inacceptable au plan humain. On peut vraiment parler de déshumanisation. En théorie, tout le monde est d'accord avec le fait de fermer les lits de longue durée qui sont situés dans les hôpitaux de courte durée. En pratique, ces lits n'étaient-ils pas souvent des lits d'évaluation, puis des lits de transition, évitant ainsi aux personnes d'être déplacées deux fois avant d'aboutir dans le lit approprié de CHSLD ? En voulant faire du « mur à mur », l'Agence de Montréal nous prive souvent de solutions concrètes, pratiques et plus humaines.

Depuis quelques mois, les médias font état d'histoires d'horreur dans certaines résidences pour aînés : manque d'hygiène, négligence dans les soins, nourriture de piètre qualité, unilinguisme anglais de certains préposés, etc. Comment en sommes-nous arrivés là ?

C'est parce que le gouvernement Charest a décidé de privatiser par la porte d'arrière certains services qui étaient autrefois offerts par les Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Auparavant, il fallait deux heures, puis ensuite deux heures trente et maintenant ce sont trois heures de soins par jour qui sont requis pour être admis en CHSLD. Le gouvernement a tout simplement décrété ce changement de norme sans consulter. Où vont maintenant les personnes qui normalement auraient dû se retrouver en CHSLD ? Dans les ressources intermédiaires (RI) qui existaient auparavant en petit nombre mais que le gouvernement a maintenant mis « à contrat » en grand nombre pour les personnes ayant besoin de deux heures trente à trois heures de soins par jour. L'Agence de Montréal avait décidé de limiter les RI à 40 lits chacune mais l'entreprise privée avait prévu d'offrir des établissements de 90 lits : l'Agence a aussitôt accepté. Qui décide de l'organisation des soins au Québec ? L'entreprise privée.

Pourquoi le gouvernement favorise-t-il les RI ? Parce qu'une place y coûte en moyenne 35 000 \$ par an, comparativement à 60 000 \$ pour une place en CHSLD. Comment cela est-il possible ? Les employées des RI sont mal payées (à peine plus que le salaire minimum, souvent même sous le seuil de la pauvreté), elles sont souvent moins bien formées et elles sont en moins grand nombre que dans les CHSLD. La politique néolibérale du gouvernement Charest est claire : il tolère et encourage l'accroissement des écarts de revenus entre les riches et les moins nantis en multipliant les emplois sous-payés. Tout cela sur un fond de discours catastrophiste : « *Nous sommes en déficit, il y a de plus en plus de vieux, on n'a pas les moyens* », alors que de nombreuses études, dont celles de l'Institut de recherche et d'information socio-économiques (IRIS), entre autres, montrent qu'une taxation appropriée générerait des fonds suffisants pour offrir des services publics de qualité à toutes et à tous.

Bien sûr, ce ne sont pas tous les établissements privés qui offrent des services de piètre qualité. Par hypothèse, on pourrait dire que 20 % des propriétaires sont plus attentifs à leur santé financière de leur compagnie qu'à la santé de leurs clients. Mais est-ce acceptable ? Si 20 % des restaurants du Québec servaient de la nourriture avariée, trouverions-nous cela acceptable ?

Dans ce dossier, il est important de bien définir ce qu'est la privatisation, qui n'est pas synonyme de facturation de la totalité des coûts à l'utilisateur. Car même si certains services autrefois fournis par le public sont maintenant offerts par le privé (le gouvernement appelle cela le « faire faire »), l'utilisateur, qu'il soit en CHSLD ou en RI, paie une contribution mensuelle qui varie en fonction de ses revenus, ce qui est équitable. La contribution de l'utilisateur en CHSLD varie entre 1003 \$ et 1637 \$ par mois, celle de l'utilisateur d'une RI oscille entre 1003 \$ et 1150 \$.

Par contre, comme la liste d'attente pour une place en CHSLD ou en RI est longue, les familles se découragent et décident alors parfois de placer leurs parents dans une ressource totalement privée, qui coûte les yeux de la tête (3000 \$, 4000 \$ par mois...). Il y a donc là une autre forme de privatisation forcée.

Alors quand on entend le premier ministre Charest « se péter les bretelles » par une annonce d'un ajout de 150 millions \$, il faut la décoder et se demander, par exemple, pourquoi le gouvernement annonce-t-il la création de 2500 places supplémentaires en RI alors que 62 % des places en RI à Montréal ne sont pas certifiées, c'est-à-dire qu'elles n'offrent pas une garantie théorique de services de qualité ?

Le recul de la participation citoyenne

Quatrième point : je voudrais mentionner maintenant divers reculs de la participation citoyenne dans ce dossier.

Dans sa réorganisation des services, l'Agence régionale de Montréal a procédé de façon autoritaire et sans consulter. Dans un communiqué daté du 23 avril 2010, le Regroupement québécois des comités d'usagers déplore que M. Levine, le pdg de l'Agence de Montréal, n'ait pas consulté ce regroupement des usagers dans les consultations entourant la planification stratégique de l'Agence. C'est inacceptable.

Par ailleurs, le ministre Yves Bolduc a présenté à l'Assemblée nationale le projet de loi 127, qui a pour titre « Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux » et qui réforme une nouvelle fois les modalités de gestion du réseau.

Essentiellement, ce projet de loi centralise encore davantage toutes les décisions importantes directement au ministère, à Québec. Il impose des redditions de comptes plus nombreuses et plus détaillées de la part des établissements. Les agences régionales deviennent de simples courroies de transmission entre le ministère et les établissements. Le d.g. de chaque établissement doit faire approuver son budget et ses grandes orientations par l'Agence avant même de le soumettre aux membres de son propre conseil d'administration. Les c.a. locaux auront-ils encore quelque utilité ? (dernière heure : on apprend que le gouvernement vient en partie de reculer sur ce point).

La composition des c.a. des établissements est de nouveau chambardée. D'une part, le ministre nommera directement deux membres de chaque c.a. Il appelle ces membres des « personnes indépendantes », parce que ces personnes n'ont pas de liens internes dans l'établissement. Mais sont-elles vraiment « indépendantes », étant nommées par le ministre ?

D'autre part, le projet de loi diminue l'implication citoyenne dans les c.a. Il y aura dorénavant deux, et non pas quatre, personnes élues par la population. Le nombre de représentants du comité des usagers passe de deux à un seul. Le Forum de la population, une instance consultative régionale, est aboli.

En résumé, le projet de loi 127 renforce le pouvoir du ministère sur le fonctionnement de chacun des établissements et diminue l'implication citoyenne. Décidément, chaque nouvelle réforme adoptée par ce gouvernement dans le domaine de la santé et des services sociaux ne contribue-t-elle pas à détériorer la situation ?

Que faire ? Six pistes d'action

La première, cesser toute fermeture de lits de longue durée, tant qu'il n'y aura pas des places réellement disponibles pour les 1420 personnes en attente d'une place en CHSLD.

Deuxième piste d'action : conserver, dans les hôpitaux de courte durée, un certain nombre de lits d'évaluation et de lits de transition, au lieu de faire déménager trois fois la personne en attente d'une place définitive.

Troisième piste d'action : mettre fin à la privatisation, qui prend plusieurs formes. Première forme : on oblige les usagers à aller dans le privé, au gros prix, parce qu'ils sont tannés d'attendre une place dans le secteur public. Deuxième forme : les ressources intermédiaires, dans les faits, sont des PPP, des partenariats public-privé avec tous les effets négatifs que l'on constate sur la qualité des services.

Quatrième piste d'action : il faut augmenter les budgets des services à domicile. Dans la Presse du 6 mars 2008, on peut lire : « Le coprésident de la consultation, le Dr Réjean Hébert, estime que les investissements nécessaires pour donner la priorité au maintien à domicile en répondant adéquatement aux besoins se chiffrent à **500 millions de dollars**, au minimum ». Les 45 millions \$ annoncés récemment par Jean Charest ne comblent même pas 10 % des besoins.

Cinquième piste d'action : il faut donner une taille plus normale aux gros établissements, pour qu'ils puissent à nouveau fournir des services de proximité. Il faut enlever des CSSS les gros hôpitaux qui alourdissent leur fonctionnement sous le fallacieux prétexte de la continuité des services. La réforme Couillard a été un échec magistral que le gouvernement ne veut évidemment pas avouer. Bien sûr, c'est décourageant de penser qu'il faudrait, à moyen terme, défusionner pour donner une taille plus humaine aux établissements. Mais le développement du sentiment d'appartenance du personnel à l'établissement passe par là. Et les services de qualité et conviviaux aux usagers passent par là.

Sixième et dernière piste d'action : faire reculer le gouvernement concernant le projet de loi 127 qui diminue la participation citoyenne sur les c.a. des établissements.

Conclusion

Il est important de ne pas se sentir impuissants devant ce qui se passe dans le réseau de la santé et des services sociaux. Il faut se regrouper, entre autres au sein de la Coalition Solidarité Santé, et agir. Il en va de la dignité des personnes qui, actuellement, n'est pas respectée, autant la dignité du personnel que la dignité des bénéficiaires de services.