

L'urgence de décentraliser le système de santé

MÉMOIRE

Présenté par :

**Le Regroupement Québécois de Médecins pour la Décentralisation du Système de Santé
(RQMDSS)**

7 juin 2021



Comité de rédaction :
Dre Marie-Claude Blouin
Dre Isabelle Lepage
Dre Ruth Vander Stelt

©RQMDSS, juin 2021
Révision juillet 2021

Table des matières

Introduction	7
La centralisation du système de santé	7
La pandémie met en lumière une structure inefficace	8
La naissance du RQMDSS	8
La décentralisation : Au cœur de la solution.....	9
Le mémoire : un argumentaire pour la décentralisation	10
Témoignages concernant les effets néfastes de l’hypercentralisation du système de santé	12
Le Regroupement Québécois de Médecins pour la Décentralisation du Système de Santé	12
Témoignages de médecins	17
Dr Sylvain Genest.....	18
Dr André Dubé.....	18
Dr Marie-Claude Blouin	19
Dr Vincent Bouchard-Dechêne.....	22
Dr François Langlais.....	23
Dr Isabelle Lepage, Dr Nicolas Saumart-Dufour et Dr Thomas Hemmerling	24
Dr Christophe Hubert	26
Dr Silvana Trifiro	29
Dr Philippe Rola	30
Dr Monique Pinsonneault	33
Dr Simon-Pierre Landry	33
Dr Thérèse Perreault	35
Dr Jean-Simon Létourneau	36
Dr Howard Bergman.....	37
Dr Martin Juneau.....	38
Dr Jacques Godin	39
Dr Marie-Claude Blouin	39
Dr Léon Dontigny.....	41
Dr Sophie Zang et Dr Catherine Richer.....	42
Dr Marie-Ève O-Fromentin	46
Dr Danielle Perreault	47
Dr Denis Soulières	49
Dr Karl Fournier	51

Dr Hélène Tremblay.....	52
Témoignages du personnel infirmier et autres professionnels de la santé	53
Marjolaine Goudreau et Angelo Soares	54
Natalie Stake-Doucet.....	57
Marjolaine Goudreau et Natalie Stake-Doucet, et plus de 200 signataires.....	58
Nicole Ricard.....	60
Nicole Ricard et Claire Thibault	60
Vinciane Peeters.....	62
Isabelle Mantha.....	63
Marie-Andrée Roy	64
Un employé du CISSMO.....	64
Témoignages de personnel administratif et cadres	65
Anne-Marie Chiquette.....	66
Paul Brunet.....	66
David Levine	67
Alphonse Girard.....	67
Julie Chevalier.....	68
Benoit Gareau.....	69
Gestionnaires de CLSC.....	70
Guy Gagné	72
Danielle Boissonneault.....	73
Témoignages d’universitaires.....	75
Paul Lamarche	76
Jean-Louis Denis	76
Maria de Koninck.....	76
Clément Mercier.....	78
Damien Contandriopoulos	80
Maude Laberge.....	81
Roxane Borgès Da Silva	81
Jean Pierre Girard.....	81
Renée Lamontagne.....	83
Témoignages de regroupements, organismes et associations	85
Jasmin Guénette.....	86

Conseil pour la Protection des Malades.....	86
Anne Kettenbeil.....	86
Yvan Allaire, Caroline Cambourieu et Mihaela Firsirotu	86
Patrick Déry	88
Témoignages de personnalités des médias.....	95
Marie-Sophie L’Heureux.....	96
Agnes Gruda	96
Jocelyn Daneau.....	97
Louise Grégoire-Racicot.....	100
Jacques Beaulieu	101
Christian Bourque.....	102
Marc-André Leclerc	102
Joanne Marcotte	103
Témoignages de personnalités politiques.....	106
Serge Péloquin.....	107
Rémy Trudel	108
Jean-Bernard Émond.....	108
Sol Zanetti et Émilise Lessard-Therrien	108
Jean Rochon.....	108
Dominique Savoie.....	109
François Legault.....	109
Christian Dubé.....	111
Dominique Anglade	111
Gabriel Nadeau-Dubois	112
Mario Dumont.....	112
Dr Réjean Hébert.....	113
Témoignages de représentants des syndicats	115
Sonia Éthier	116
Claire Montour	116
Témoignages de gens du public	117
Normand Chatigny, Michel Héroux, Denys Larose et Jean-Noël Tremblay	118
Madame MG.....	120
Madame B	120

Madame S.....	121
Madame L.....	121
Madame G.....	121
Madame H.....	122
Proposition du Regroupement Québécois de Médecins pour une Décentralisation du Système de Santé (RQMDSS) pour une structure de gouvernance dans les installations de soins aigus du Québec	123
Résumé.....	124
Introduction.....	126
Directeur Général Adjoint (DGA) opérationnel et local.....	127
Directeur de Services Professionnels (DSP) opérationnel local avec un pouvoir décisionnel	131
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) opérationnel et local avec un pouvoir décisionnel.....	135
Table des chefs de départements opérationnelle et locale avec un pouvoir décisionnel.....	137
La situation actuelle (depuis la réforme de 2015).....	137
La situation depuis l'arrivée de la COVID-19.....	138
Des exemples : un système qui tue.....	139
Définition du rôle d'un chef de département.....	141
Directeur Clinique (DC) dans les CHSLD.....	142
Conclusion.....	145
Analyse juridique des propositions du RQMDSS	146
Appui des villes par résolution du conseil municipal	150
Baie-des-Sables.....	150
Baie-Comeau.....	152
Dolbeau-Mistassini.....	154
Joliette.....	155
La Matanie.....	157
La Tuque.....	160
Les Méchins.....	162
Magog.....	164
MRC Pontiac.....	166
Saint-Adelme.....	168
Saint-Jean-de-Cherbourg.....	170
Sept-Îles.....	172

Sorel-Tracy.....	174
Saint-Georges	175
Appui par résolution de la FMOQ	177
Appui du Comité Mes Soins Restent Ici	178
Autres documents de référence.....	179
Mémoire du Comité Mes Soins Restent Ici de Kamouraska	179
Rapport d’observation portant sur le Centre intégré de santé et de services sociaux de l’Outaouais	179
Conclusion	180

Introduction

Ce mémoire propose une réflexion sur la centralisation du système de santé au Québec et élabore un argumentaire en faveur de sa décentralisation.

Par cette proposition, nous désirons répondre à un appel à « travailler ensemble afin de [moderniser le système de santé] en le rendant plus souple et adapté aux besoins de la population québécoise ».¹ Nous sommes convaincus que l'amélioration de la qualité des soins repose sur une gouvernance locale dans les établissements de santé au Québec.

La centralisation du système de santé

La centralisation du système de santé québécois n'est pas nouvelle, mais elle a été grandement exacerbée par la loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux (Loi 10), adoptée en février 2015. Cette loi, mieux connue sous le nom de la « réforme Barrette » avait pour but d'économiser 220 millions de dollars par année et de simplifier l'accès aux soins de santé et aux services. Ces objectifs devaient être atteints par l'abolition des 18 agences régionales de santé et de services sociaux de la province, et par la création de 33 centres intégrés, répartis en centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et en centres intégrés universitaires de santé de services sociaux (CIUSSS). Ces CISSS et ces CIUSSS sont les produits de la fusion des 182 centres de santé et de services sociaux (CSSS).

Force est de constater que la réforme a profondément transformé l'organisation des soins de santé au Québec. Ce modèle de gestion centralisée a concentré le pouvoir décisionnel dans les mains d'un nombre restreint de hauts gestionnaires ainsi que du ministre de la Santé et des Services sociaux, ce qui a déconnecté les décisions des réalités locales vécues sur le terrain.

En effet, la centralisation entraîne un décalage entre les besoins des communautés locales et l'organisation des soins offerts. En effet, les CISSS et CIUSSS, regroupent des dizaines d'établissements de santé, dont plusieurs hôpitaux, et sont qualifiés par certains de « monstres administratifs ». Les hauts gestionnaires à la tête de ces mégastructures, responsables de coordonner de multiples services et départements à distance, doivent gérer des établissements qu'ils ne connaissent pas, dans lesquels ils ne travaillent pas. Cet éloignement du terrain entrave leur capacité à comprendre les enjeux locaux et à prendre des décisions cohérentes avec les réalités des milieux concernés.

Après 6 ans d'intégration, le constat des acteurs impliqués est accablant : **cette réforme centralisatrice s'est opérée au détriment de l'accessibilité et de la qualité des soins offerts à la population.**

Les hôpitaux communautaires des grands centres et les hôpitaux régionaux ont été particulièrement affectés par cette réforme. Ils ont ainsi vu leur autonomie s'étioler et leur rapport de force au sein des CISSS et CIUSSS se perdre dans les dédales d'une structure

¹ Commissaire à la santé et bien-être. 2021. «Vision et mission». <https://www.csbe.gouv.qc.ca/commissaire/organisation/mission.html> [Consulté le 15 mai 2021].

administrative trop imposante.

De nombreux exemples révélant les impasses des CISSS et CIUSSS pourraient être donnés. Pensons notamment à l'évaluation de la qualité de l'acte, à l'organisation des départements, des services, et des unités de soins, à l'accessibilité aux soins de santé, et au recrutement des médecins et des professionnels de la santé.

La pandémie met en lumière une structure inefficace

Bien que la lourdeur de cette structure se faisait déjà ressentir depuis plusieurs années, c'est l'arrivée de la pandémie qui a rendu ce poids insoutenable. Les difficultés de cette gestion délocalisée se sont cristallisées alors qu'une crise sanitaire sans précédent s'abattait sur le Québec au printemps 2020. En effet, puisqu'il était nécessaire de réorganiser les environnements de soins à tous les niveaux afin de faire face à la crise (équipements de protection individuelle, corridors de services, zones chaudes et froides, dépistage des patients et des employés, activités de remplacement, mise sur pied des unités COVID, délestage des activités), la lourdeur administrative est rapidement devenue invivable, et le manque de capacité de décision et d'action sur le terrain, insupportable.

Après une première vague des plus mortelles au Québec, l'heure des bilans a mené à des conclusions implacables: l'absence criant d'un leadership local dans les CHSLD a renforcé l'hécatombe qui a frappé ces milieux de soins, ce qui a poussé le gouvernement à nommer un gestionnaire local au sein de chaque établissement.

Et si, dans les centres hospitaliers, la première vague fut moins déchaînée qu'attendu, il est clair que la lourdeur de la structure administrative fut un obstacle indéniable à l'organisation efficace des soins de santé. Concrètement, l'absence de gestionnaires dans les établissements de santé a empêché toute agilité, a engendré une lenteur procédurale jugée dysfonctionnelle en temps de crise sanitaire, et a entraîné une prise de décisions trop souvent mal adaptées aux réalités locales de chaque hôpital.

La pandémie a mis en lumière les écueils de ce modèle de gouvernance hyper centralisé et a souligné les défis du système, presque insurmontables à relever. Les conséquences du dysfonctionnement étaient telles que les médecins ont été forcés d'admettre publiquement que n'eut été de cette structure décisionnelle inefficace, des éclosions et des morts auraient pu être évités. Leur constat est dur mais réel: de mauvaises décisions ont été prises et les ont empêchés de protéger leurs patients et de leur offrir les soins requis par leurs conditions.

La naissance du RQMDSS

Le RQMDSS est né du sentiment d'urgence et d'impuissance des médecins face à l'incapacité d'organiser efficacement les services de santé dans plusieurs milieux de soins pendant la première vague de la pandémie de COVID-19.

Après avoir tenté de faire des représentations au sein de leurs CISSS et CIUSSS, et devant l'impossibilité d'être entendus dans leurs milieux respectifs, 52 médecins provenant de 17

hôpitaux se sont concertés et ont envoyé une lettre au premier ministre François Legault et à la ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque, Danielle McCann, le 19 juin 2020; puis au nouveau ministre de la Santé et des Services sociaux, Christian Dubé, le 25 juin 2020.

Les médecins signataires demandaient alors une rencontre urgente afin de discuter des enjeux graves liés à l'hypercentralisation dans les hôpitaux et afin de proposer des solutions pour contrer ses effets néfastes. Le Ministère de la Santé et des Services sociaux, en réponse, s'est dit conscient des défis auxquels font face les CISSS et CIUSSS, tout en soulignant la volonté des établissements qui cherchent à maintenir une organisation décisionnelle locale. Malheureusement, nous constatons que cette volonté se concrétise peu sur le terrain.

Préoccupés par la sécurité de leurs patients, mobilisés par leur devoir déontologique de les protéger, et ébranlés par les conditions de travail déplorables des professionnels de la santé, les médecins jugent qu'il n'est plus possible de tolérer l'inacceptable. C'est ainsi que des centaines de médecins ont signé la lettre en appui aux solutions proposées par le RQMDSS. En se regroupant, les médecins ont pris conscience que les réalités décrites par les signataires initiaux étaient vécues dans la grande majorité des centres hospitaliers du Québec.

Le RQMDSS représente maintenant 773 médecins, issus du corps médical de plus de 50 centres hospitaliers, provenant de 17 régions administratives du Québec.

La décentralisation : Au cœur de la solution

Sans questionner la bonne volonté ni la compétence des administrateurs qui ont dirigé les CISSS et les CIUSSS avec dévouement, le RQMDSS salue également l'engagement des travailleuses et travailleurs de la santé qui ont déployé des efforts extraordinaires afin de faire face à la crise. Nous avons confiance en la qualité des professionnels et des gestionnaires qui œuvrent dans le système de santé et à notre capacité collective à mieux investir les énergies et les compétences de chacun pour le bien commun.

Nous avons la certitude qu'une gestion de proximité par les instances locales dans chaque centre hospitalier du Québec, avec une perspective adaptée à la réalité de leur milieu, aurait pu pendant cette pandémie permettre de mieux naviguer les enjeux auxquels le système de santé est confronté. Nous sommes également convaincus que la décentralisation est la seule voie à prendre dans le futur pour assurer une organisation optimale et sécuritaire des soins de santé au Québec.

Nous proposons que tous les centres hospitaliers de soins aigus du Québec retrouvent une structure organisationnelle locale, ceci à l'intérieur du cadre de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), et en respectant la Loi 10.

Nous sommes d'avis que cette modification réaliste permettra aux centres hospitaliers du Québec d'améliorer significativement l'efficacité de leur gestion locale et par conséquent de renverser la perte incommensurable de la qualité de la prestation des services qu'ils offrent.

Le mémoire : un argumentaire pour la décentralisation

Ce mémoire répertorie et présente les témoignages de divers acteurs du milieu de la santé et de la société civile en faveur de la décentralisation du système de santé. Ainsi, à travers les mots de travailleurs et de citoyens de tous horizons, nous tenterons de démontrer que la gouvernance locale dans les hôpitaux est la voie incontournable à prendre pour aborder le chantier nécessaire à la reconstruction de notre système de santé, horriblement éprouvé pendant cette pandémie.

Il est important de souligner qu'il est rare que les professionnels de la santé se prononcent en leur nom personnel sur la place publique. La culture médicale en particulier suppose un certain devoir de réserve, ne serait-ce que pour préserver la confidentialité. Les médecins sont donc généralement peu nombreux à s'exprimer dans les médias. S'ils sont sortis de leur réserve habituelle pour joindre leurs voix aux nombreuses autres afin de dénoncer l'hypercentralisation du système de santé, c'est parce qu'ils ont été poussés à le faire devant l'ampleur de la tragédie qui sévissait sous leurs yeux.

À la suite des témoignages, nous soumettons notre *Proposition pour une structure de gouvernance dans les installations de soins aigus du Québec*, telle que nous l'avons présentée au ministre de la Santé et des Services sociaux, Christian Dubé, par voie de communiqué le 9 novembre 2020. Cette proposition détaille quatre demandes spécifiques permettant d'articuler la décentralisation du système de santé.

Il est à noter que nous présentons une proposition centrée sur une perspective de l'organisation médicale et hospitalière des soins de santé, car nos voix et notre expérience sont celles du corps médical, et que nous évoluons sous la direction des services professionnels (DSP) dans les hôpitaux.

Ceci étant dit, les solutions pouvant être évoquées pour une décentralisation intégrative du système de santé vont certainement au-delà de nos quatre demandes. À cet effet, nous souscrivons à l'idée générale d'une gestion de proximité dans les installations de soins de santé au Québec, car nous croyons qu'elle représente la seule approche de gouvernance qui soit à la fois efficiente et de haute qualité. Dans cette optique, nous appuyons les autres professionnels de la santé qui revendiquent une gestion décentralisée du système de santé et qui proposent leur vision pour la concrétiser. Nous faisons ici référence, notamment mais non exclusivement, aux infirmières, aux travailleurs sociaux, et aux techniciens de laboratoire.

Suite à la *Proposition*, le lecteur pourra prendre connaissance d'une analyse juridique produite par un avocat à l'égard des demandes du RQMDSS faites auprès du gouvernement, soutenant la faisabilité de ladite proposition.

Enfin, nous concluons notre mémoire avec les appuis de différents acteurs qui soutiennent officiellement la démarche du RQMDSS et qui sont convaincus, comme nous, que la décentralisation représente la clé du développement de services de santé de qualité au Québec.

C'est avec conviction et espoir que nous engageons cette conversation à travers l'échiquier de la santé, au nom de cette vision d'un « système de santé et services sociaux pérenne, agile et performant, qui s'adapte et évolue en fonction des besoins de la population. »²

Ce n'est qu'en décentralisant le système de santé et en fournissant des soins de proximité à la population que nous pourrions restaurer une qualité de soins digne de ce nom au Québec.

² Commissaire à la santé et bien-être. 2021. «Vision et mission». <https://www.csbe.gouv.qc.ca/commissaire/organisation/mission.html> [Consulté le 15 mai 2021].

Témoignages concernant les effets néfastes de l'hypercentralisation du système de santé

Le 29 octobre 2020, le RQMDSS, par la voix du Dr. Vincent Bouchard-Dechêne a pris la parole dans les médias, pour dénoncer la centralisation du système de santé et ses conséquences désastreuses pendant la pandémie de COVID-19. Derrière lui, des centaines de médecins solidaires et inquiets pour la qualité des soins offerts à leurs patients, étaient préoccupés par cette question.

Le Regroupement Québécois de Médecins pour la Décentralisation du Système de Santé

COVID-19: des médecins appellent à décentraliser le système de santé, TVA nouvelles, 29 octobre 2020

Plus de 650 médecins demandent au gouvernement du Québec de décentraliser le système de santé pour faciliter la lutte contre la COVID-19.

La centralisation complique le travail des professionnels de la santé, à bout de souffle en raison de la pandémie de coronavirus, a fait savoir le Regroupement québécois des médecins pour la décentralisation des soins de santé (RQMDSS).

« **La réalité, c'est que les conséquences de la centralisation sont graves, le flou administratif et l'absence de gestionnaire sur place dans les centres de soins amènent une grande perte de temps et d'efficacité** », a indiqué dans un communiqué Vincent Bouchard-Dechêne, médecin spécialiste et porte-parole du RQMDSS.

Avec la pandémie de COVID-19 qui exerce une pression supplémentaire sur le système de santé, la centralisation devient un facteur aggravant, selon le collectif de médecins dans une lettre envoyée au ministre de la Santé Christian Dubé.

« **La centralisation en santé nuit au combat contre la COVID.** Nous sommes prêts à travailler avec le ministre de la Santé pour améliorer les choses et sauver le plus de vies possible », a ajouté Dr. Bouchard-Dechêne.

Extraits de l'entrevue avec le Dr. Vincent Bouchard-Dechêne :

« L'exemple des CHSLD est un très bon exemple, mais le Regroupement que je représente, essentiellement on est 650 médecins, issus surtout de centres hospitaliers de courte durée. Le constat qui s'est fait dans les CHSLD pendant la première vague, s'applique également aux centres hospitaliers de courte durée, parce que si vous venez à l'hôpital, que ce soit pour la COVID ou pour un infarctus, vous avez besoin aussi d'avoir un système efficace, agile, capable de réagir rapidement.

Depuis 2015, surtout, depuis la réforme de la loi 10, ce qu'on constate c'est même un phénomène d'hypercentralisation, donc les décisions sont prises très loin du terrain, il n'y a pas nécessairement d'administrateur local dédié à chaque hôpital, on n'a pas un ensemble de comités [pour] s'assurer de la qualité des soins et de l'efficacité des soins, et tout ça a été ramené vers le haut dans une machine qui est remplie d'engrenages, et le problème en contexte de pandémie, ce phénomène-là est exacerbé. En temps normal c'est déjà problématique mais si on est dans un contexte de pandémie, il faut être encore plus agile.

Les recommandations qu'on a fait au gouvernement : On ne demande pas de modifier la loi 10, on ne demande pas de modifier la structure des CIUSSS et les CISSS, on demande quatre points concrètement, et ce sont quatre points recevables. On demande premièrement d'avoir un administrateur local dans chaque hôpital, tout comme ça va être le cas dans chaque CHSLD. [On demande] de rétablir localement trois comités : le CMDP, qui veille à la qualité des soins aux patients; la table des chefs [qui regroupe] l'ensemble des chefs des services [...], il y a une myriade de services dans un hôpital, cette table là c'est pas normal qu'elle se fasse au niveau d'un CIUSSS et qu'elle se fasse pas au niveau d'un hôpital; et le dernier élément c'est de rétablir un directeur ou une directrice des services professionnels, quelqu'un qui s'assure d'engager les bons médecins pour le bon endroit, qui veille également à la qualité des soins. Ce qu'on demande finalement c'est de rétablir des choses déjà en place auparavant. »

Est-ce que la centralisation des soins est responsable de certains décès durant la pandémie, Émission Drainville PM, FM98.5, 29 octobre 2020

« La centralisation, c'est un problème qui est présent depuis 2015, principalement, avec la réforme qu'on connaît tous, reliée à la loi 10. Concrètement, effectivement, la création de ces méga unités administratives, déjà, était problématique depuis 2015, on ne va pas se le cacher. Le problème c'est quand on arrive dans une situation de pandémie, une situation inédite, où on doit justement être capable de prendre des décisions [...], être capable de se revirer de bord du jour au lendemain, de faire des unités chaudes, des unités froides, d'annuler des examens, ça prend de l'agilité, puis l'agilité, ça ne fonctionne pas dans une méga structure. **Donc, la raison pour laquelle nous existons en tant que regroupement, et que nous faisons cet appel-là, qui est vraiment un cri du cœur des gens du terrain, au ministre Dubé, et au gouvernement, c'est que dans des circonstances exceptionnelles de pandémie, malheureusement, ça prouve que le système ne fonctionne pas, et il y a des conséquences.**

Imaginez-vous un hôpital communautaire, montréalais par exemple, ou en périphérie, qui traite des gens, vous venez pour une pneumonie, ou pour un infarctus [...]. Imaginez un tel hôpital qui se retrouve au début du mois de mars, qui se retrouve face à un virus nouveau, une pandémie, avec des taux de mortalité très inquiétants. Les gens sur le terrain, les médecins, les infirmières, les préposées, se disent on va faire des zones chaudes et des zones froides, on va essayer de limiter la contamination des patients qui viennent pour autre chose que la COVID, et dans l'hôpital en question il y a des délais, parce qu'il faut passer un, deux comités, après il y a un gestionnaire en haut de la pyramide qui trouve que c'est pas une bonne idée de faire le mur dans tel corridor pour un ensemble de raison, les conséquences ça peut être une éclosion, et les éclosions ça mène à des décès. Malheureusement, ce sont des

choses qui sont arrivées dans le système, et c'est pour ça que même si ça fait cinq ans que la situation est problématique, on sonne l'alarme aujourd'hui.

C'est clair que le méga mammouth [...] a contribué à plusieurs des éclosions, et c'est certain qu'il y a eu des décès reliés à ça. [...] **On a vu des choses et vécu des choses qui auraient pu être évitées, pour nous c'est un devoir déontologique, en tant que médecin, d'interpeler la population, d'interpeler le ministère, d'interpeler les médias, justement pour que ça se sache et que ça change, parce que ce sont des contaminations et des décès qui sont évitables.**

Notre solution est simple, on ne demande pas de changer la loi 10, on ne demande pas de changer la structure des CIUSSS et des CISSS, on demande du gros bon sens. Dans les hôpitaux le boss n'est pas sur place, la mégastructure fait en sorte qu'on oblige des gens à gérer en même temps un nombre énorme d'établissements. Les boss sont des gens bien intentionnés. **Ce n'est pas un problème d'individus, c'est un problème de structure. Si c'est valable pour un CHSLD, pourquoi ce ne serait pas valable pour un hôpital qui doit gérer de l'hospitalisation, une salle d'opération, une salle d'urgence, des soins intensifs, un laboratoire, pour quelque chose qui est encore plus complexe qu'un CHSLD finalement. »**

Lettre ouverte de médecins: la centralisation nuit au combat contre la COVID, Puisqu'il faut se lever, FM98.5 Émission de Paul Arcand, 29 octobre 2020

Extraits de l'entrevue avec le Dr. Vincent Bouchard-Dechêne:

« Le point principal c'est l'hypercentralisation. Depuis 2015, ce qu'on constate c'est que le système est plus centralisé que jamais. L'impact que ça a, c'est qu'il y a un délai dans les prises de décisions dans plusieurs centres hospitaliers. **Il y a une multiplication des comités, une multiplication des sources décisionnelles, et le problème c'est que très concrètement sur le terrain, ce qu'on a constaté depuis 2015 et surtout depuis le début de la pandémie, c'est qu'il y a des impacts réels sur les soins aux patients.**

Je vais vous donner un exemple un peu générique, car vous êtes bien au courant, il y a une certaine omerta dans le système de la santé, donc c'est difficile pour moi de vous dire que dans tel hôpital il est arrivé tel évènement, mais je peux vous dire, et j'ai plusieurs exemples à cet effet-là, et comme je vous dis je représente quand même 700 médecins, donc on a 50 centres hospitaliers dans tout ça. Il y a plusieurs centres hospitaliers où par exemple les gens, sur le terrain, décidaient d'implanter, face à l'amorce de la pandémie, des zones chaudes et des zones froides, très rapidement, car les gens voyaient qu'il faut absolument séparer les patients pour pas contaminer les patients froids par les patients chauds et causer des éclosions; et le fait de devoir passer par des comités sans fin, et le fait que la personne qui ultimement prend la décision, est souvent même pas dans l'hôpital lui-même, causent des délais, et vous comprenez très bien que ces délais-là, de 1 semaine, 2 semaines, ont contribué à certaines éclosions, qui elles-mêmes ont entraîné des décès. Il y a des conséquences réelles à cette hypercentralisation.

Vous mettez le doigt sur l'enjeu principal de la 2e vague, on parle beaucoup des cas de COVID, de la mortalité imputable au virus lui-même, mais il y a toutes les pathologies qui

effectivement ont été un peu mises de côté lors de la première vague. On a pris du retard, que ce soit dans les chirurgies, dans les cancers, dans les traitements de chimiothérapie. On le voit concrètement sur le terrain, et encore une fois, l’hypercentralisation, je vous dirais, nous enlève l’agilité essentielle dans ce contexte-là, pour jongler à la fois avec des vagues, des vaguelettes de COVID, et qui doivent être traités, il y a des opérations qui doivent être faites, il y a des traitements pour le cancer qui doivent être administrés, donc oui absolument, l’hypercentralisation [...] a des impacts collatéraux. »

Le ministre Dubé ouvert aux revendications des médecins, Patrice Bergeron, La Presse 29 octobre 2020

Les 700 signataires d’une lettre obtenue par La Presse canadienne réclament entre autres la nomination d’un directeur à la tête de chaque hôpital pour pouvoir prendre des décisions rapidement dans la lutte au coronavirus.

Le groupe de médecins soutient que des patients sont morts durant la pandémie, parce que des décisions locales ont été bloquées par des gestionnaires des structures régionales, dans les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS).

Le Regroupement québécois des médecins pour la décentralisation des soins de santé rassemble plus de 700 professionnels d’une cinquantaine d’établissements. Dans sa lettre, il soutient que la centralisation a été un « facteur aggravant » dans la pandémie.

Son porte-parole, Dr Vincent Bouchard-Dechêne, a assuré qu’il pourrait donner une « pléthore d’exemples dramatiques de gens qui sont décédés à cause de la centralisation », mais qu’il y a encore une omerta dans le réseau de la santé. Des centres hospitaliers de Montréal n’ont pu appliquer des mesures adéquates, parce qu’ils étaient « freinés par les structures. »

Des professionnels des soins ne peuvent même pas décider de mettre une paroi entre deux sections d’un hôpital afin d’éviter des contaminations. Ils doivent s’adresser à un gestionnaire du CIUSSS qui pourrait n’avoir jamais mis les pieds dans le bâtiment et qui pourrait refuser.

La centralisation du système de santé nuit au combat contre la COVID-19, Émission Midi Plus avec Robert Pilotte, FM1069, 29 octobre 2020

Extraits de l’entrevue avec le Dr. Vincent Bouchard-Dechêne:

« Depuis 2015 [...] on parle de centralisation, mais on est même dans l’hyper et la mégacentralisation. Je regardais juste les chiffres pour effectivement le CIUSSS Mauricie-centre-du-Québec : 6 hôpitaux, 35 CLSC, 27 CHSLD. Ce sont des structures énormes, et on demande à peu de personnes de gérer l’ensemble de ces structures-là. On le sait, en mars, l’imprévisible nous est tombé dessus, la pandémie de COVID-19, et ce que ça a mis en relief [...], ce sont les lacunes de ce système-là. En temps normal c’était déjà difficile sur le terrain

de faire fonctionner comme il faut les différentes institutions, mais ce qui arrive en temps de pandémie quand on doit prendre des décisions, quand on doit se revirer sur un dix cents, ça ne fonctionne pas si on doit passer par quatre comités, et si il n'y a personne qui est en charge de l'hôpital ou de l'établissement en question. Iriez-vous dans une pharmacie sans gérant, ou dans un restaurant sans gérant, ou un supermarché, évidemment que non, donc pourquoi est-ce que dans des hôpitaux où on traite des concitoyens les plus fragiles et les plus vulnérables, on ne pourrait pas avoir l'équivalent.

[...]

Je ne suis pas dans la tête de Dr. Barrette, mais j'imagine [...] peut-être harmoniser certains éléments, ou peut-être sauver des coûts, mais dans la réalité, on n'a pas gagné sur le terrain, **et ultimement ce qu'on veut gagner c'est la santé des patients, c'est les soins aux patients, c'est l'efficience avec laquelle on aborde les patients, donc je vous dirais qu'en bout de ligne, on n'a pas gagné.** Mais notre action, c'est une action qui est un peu plus chirurgicale, où on vise de manière urgente, en pandémie, les centres hospitaliers et on fait des propositions, simples et concrètes, au-delà de la loi 10, on ne demande pas au gouvernement de retourner en arrière, de défaire les structures, parce qu'on imagine bien qu'en pleine pandémie c'est quelque chose qui est impensable.

Concrètement on pourrait déjà commencer par mettre un directeur dans chaque hôpital, je pense que tout le monde s'entend là-dessus que c'est un peu du gros bon sens, et deuxièmement [...], les soins de santé c'est régulé par différents comités qui sont particulièrement importants pour s'assurer que les soins aux patients sont sécuritaires, efficaces, que les erreurs médicales soient adressées et ainsi de suite. Ces comités-là actuellement ont été mis à l'échelle du CIUSSS, donc vous avez ces comités là pour l'ensemble, par exemple vous, pour les 6 CH qui font partie du CIUSSS. Nous ce qu'on demande c'est qu'on retourne à l'arrière à ce niveau-là et qu'on fasse ce qu'on faisait à l'époque, c'est-à-dire, **dans un hôpital, ça prend un comité pour décider des choses localement et ça prend un comité pour s'assurer que les médecins, les infirmières, l'ensemble du personnel, prodiguent des [bons] soins aux patients.**

La CAQ, quand elle était dans l'opposition, s'opposait fortement à l'hypercentralisation associée avec les réformes précédentes. »

Plusieurs médecins ont partagé avec le RQMDSS des témoignages et des réflexions personnelles décrivant les effets néfastes de la centralisation dans leurs milieux, en support à notre démarche auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Dr Sylvain Genest

Chirurgien, hôpital de St-Jérôme, CISSSLAU

26 avril 2021

« Après avoir œuvré pendant près de 30 dans le système de santé en chirurgie générale donc au bloc opératoire, dans les différents paliers décisionnels en tant que chef de service, je ne puis que déclarer l'effet absolument délétère de cette loi [la loi 10].

En effet le but premier, et louable, était de centraliser le pouvoir décisionnel pour diminuer le poids des coûts et augmenter la réponse aux changements. Force est de constater la multiplication sans précédent des « casques blancs » de notre système de santé. Une augmentation faramineuse des « décideurs » avec la corrélation de l'absence absolue de concertation des personnes sur le terrain en milieu hospitalier, c'est-à-dire les médecins.

La résolution de toute problématique de fonctionnement prend actuellement des temps immémoriaux pour se résoudre. Les requêtes officielles pleuvent, les paliers décisionnels sont décuplés.

Ne parlons plus de l'humanité du système, du contact humain qui favorisait la cohésion du personnel dans des situations critiques. Actuellement il n'existe que du « jemenfoutisme ». Le sentiment d'appartenance au système est disparu. Les gens font « leur temps ». Dans mon travail il est impensable de voir passer une journée sans percevoir le découragement absolu des travailleurs de la santé dans un centre hospitalier.

Les casques blancs, en plus de se multiplier à l'infini, de coûter des deniers supplémentaires ont perdu leur sens de l'ouïe...

J'aurais des exemples concrets très éloquentes et surtout très nombreux pour expliquer cette situation.

En bref: Un échec lamentable! »

Dr André Dubé

Anesthésiste, Centre hospitalier régional de Lanaudière, CISSS de Lanaudière

26 avril 2021

« Depuis cette réforme, l'esprit de groupe qui existait auprès des médecins pratiquant au CHRDL fut dilué dans la nouvelle fusion de 2 centres hospitaliers ayant une clientèle et une philosophie de travail différentes. On dirait que l'administration nouvellement créée favorisa le site « plus près » des personnes nouvellement nommées aux postes de Direction qui provenaient du sud. Le CHRDL est devenu comme un bateau sans capitaine à la barre. Piloté

à distance seulement pour réagir aux crises qui vont en s'accéléralant tant en nombre et qu'en vitesse depuis la fusion. Le délestage fut un désastre. Étant ciblé comme centre vert, la majorité des CAS COVID étaient transférés au SUD (Le Gardeur). Donc Pratiquement pas de cas. Malgré tout, le délestage au bloc opératoire fut appliqué mur à mur selon « les directives nationales » pour pallier au manque de personnel aux différentes unités de soins, déjà présent avant la pandémie. Sans cette centralisation, l'application du délestage aurait pu s'appliquer en fonction de la réalité « locale » du milieu.

Je suis convaincu par mon expérience de 28 ans dans ce milieu que la réforme eu un effet néfaste sur la prestation des soins.

De plus, plusieurs « achats » de groupe ont résulté en utilisation d'équipements moins arrimés aux besoins des professionnels locaux et aussi en une augmentation dans la quantité de fourniture de mauvaise qualité au bloc opératoire qui entraîna un turnover amplifié d'utilisation de matériel de moins bonne qualité. Ex: Champs stériles de piètre qualité qui Brisent plus facilement.

En espérant que cette info puisse vous aider. »

Dr Marie-Claude Blouin

Médecin ophtalmologiste, Hôtel-Dieu de Sorel-Tracy, CISSSME

8 juillet 2020

« Voici des exemples concrets de comment la fusion des centres hospitaliers de Sorel - St-Hyacinthe - Pierre-Boucher en CISSSME a eu des effets délétères pour notre centre hospitalier:

- Perte d'un DSP local pour les médecins spécialistes. Avant la loi 10, notre DSP local était responsable pour tous les médecins de l'hôpital. Il était facilement accessible. Nous pouvions cogner à sa porte pour tout problème. Il était d'une grande écoute et efficacité pour nous aider. Depuis la fusion, ce DSP ne s'occupe plus que des médecins de famille. Le DSP adjoint des médecins spécialistes est localisé à St-Hyacinthe, et n'est jamais venu nous rencontrer à Sorel. Je ne l'ai personnellement jamais rencontré en 5 ans, ni jamais parlé. Le DSP du CISSSME est quant à lui basé à Pierre-Boucher, soit à près d'une heure de route. Il est absent pour notre hôpital. Suite à plusieurs plaintes de médecins de notre centre à l'effet que nous nous sentions comme un avion sans pilote ou un navire sans capitaine, bref laissés à nous-mêmes pour toute résolution de problème, la DG du CISSSME et le DSP ont convenu qu'il allait dorénavant venir passer une journée par semaine à l'Hôtel-Dieu de Sorel à partir de l'automne 2019 pour être disponible pour les médecins de notre hôpital. Ces visites ont eu lieu pendant peut-être 1 mois, puis se sont graduellement espacées. Dès qu'il y avait une météo incertaine en hiver, les visites étaient annulées. Si le « planning » des journées de Sorel n'étaient pas « optimisées » et pas assez de rencontres prévues avec des médecins, les visites étaient annulées. Depuis le début de la pandémie, le DSP a brillé par son absence et n'a fait aucune visite annoncée/officielle à notre hôpital. Alors qu'une gestion de crise inédite comme cette pandémie, avec toutes les restructuration des pratiques dans les différents services qu'elle implique et toutes les

problématiques rencontrées aurait normalement voulu qu'un chef d'orchestre soit présent pour veiller au bon déroulement des opérations et bonne mise en place des adaptations et nouvelles procédures. Non, une fois de plus, nous étions un avion sans pilote.

- Dossier du bronchoscope EBUS. Notre fondation avait amassé l'argent nécessaire pour l'acquisition d'un bronchoscope EBUS afin de favoriser le recrutement et la rétention d'une nouvelle pneumologue dans notre hôpital. Mais le ministère a décidé de refuser l'achat. Nous n'avons eu aucun support de la haute direction du CISSSME pour nous aider à défendre notre cause et convaincre le ministre de la Santé de l'époque, Dr Gaétan Barrette, d'aller de l'avant avec l'achat du bronchoscope. Au contraire, ils ont publiquement remis en question la pertinence de l'achat de cet équipement pour notre hôpital. Il a fallu sortir dans les médias afin de pouvoir obtenir gain de cause et finalement pouvoir acheter le bronchoscope avec l'argent amassé par notre population via la Fondation de notre hôpital pour acheter l'équipement.
- Les achats doivent systématiquement se faire via l'hôpital Pierre-Boucher, pour le moindre petit instrument ou fourniture. Toujours via personnes interposées et à distance, ce qui complexifie énormément le processus et allonge indûment les délais. J'ai témoigné dans un article paru dans La Presse comment il avait fallu 1 an (11 mois exactement) pour obtenir des aiguilles requises pour un appareil ophtalmologique. Avant la fusion, nous faisons nos achats nous-mêmes directement. Cela minimisait le risque d'erreurs mais surtout augmentait énormément l'efficacité et la rapidité.
- En ophtalmologie, nous avons avant la fusion, le dépannage d'une orthoptiste de Trois-Rivières qui venait me donner un coup de main pour la prise en charge de la clientèle pédiatrique. Après la fusion en CISSSME, la direction a statué que puisqu'il n'y avait pas de service d'orthoptique dans les 2 autres centres, il n'était pas pertinent que Sorel ait ce service, et a donc mis fin au contrat d'embauche et possibilité de renouvellement d'embauche d'une orthoptiste. J'ai donc dû cesser ma pratique en ophtalmologie pédiatrique, ce qui est absolument déplorable pour notre région qui est située loin des grands centres, avec une clientèle défavorisée pour qui il est bien souvent impossible de se déplacer jusqu'à Ste-Justine. Il est en effet beaucoup plus facile pour les familles de Boucherville et ST-Hyacinthe de se déplacer à Ste-Justine. Nous avons donc perdu ce service qui était essentiel pour notre établissement, directement à cause de la fusion et de la perte de notre gouvernance locale pour décider des services que nous voulions offrir à notre population.
- Courrier. Le courrier ne peut être posté à partir de Sorel. Les lettres doivent être acheminées à Pierre-Boucher pour y être ensuite postées...
- Le Conseil d'Administration du CISSSME compte 18 membres. Or, aucun des membres ne provient de notre région, du territoire desservi par notre établissement! Donc nous n'avons aucune représentation au sein du CA du CISSSME dont nous faisons partie! La logique et le bon sens voudraient que nous ayons la parité, donc le tiers des sièges du CA. Les membres du CA doivent être nommés par le ministère de la Santé.

- Pour tout problème informatique, nous devons logger un appel de service à la centrale de répartition de Pierre-Boucher....Alors que les informaticiens se trouvent sur place à Sorel, il nous est interdit de les contacter directement! Ils se trouvent pourtant à quelques minutes! Au lieu de pouvoir contacter directement quelqu'un sur place, il faut appeler une répartitrice de Pierre-Boucher, attendre qu'elle contacte elle-même un informaticien de Sorel, les communications se complexifient en ajoutant des intermédiaires!!! Cela rend le tout très inefficace et très long avant d'avoir un soutien informatique! Avant la fusion, nous pouvions contacter directement nos informaticiens qui pouvaient nous guider en temps réel immédiatement ou venir rapidement régler notre problème sur place.
- À cause des achats groupés, nous nous faisons pratiquement toujours imposer les choix faits par les équipes de Pierre-Boucher, pour les fournitures, instruments, etc.
- Les cadres sont pour la plupart basés à St-Hyacinthe ou Pierre-Boucher. Donc pour un problème organisationnel en clinique à Sorel, il faut s'adresser à une cadre de St-Hyacinthe, qui ne connaît pas la réalité de notre terrain et qui est située à distance. Si la cadre doit se déplacer pour venir gérer une situation, le fait qu'il faut planifier un déplacement de près de 1hre de route rend la chose complexe; difficile de faire arrimer des horaires chargés avec des rencontres. Avant les fusions, tous nos administrateurs étaient sur place. Ils pouvaient passer quelques minutes en clinique entre 2 patients et nous pouvions rapidement régler les problèmes dès qu'ils se présentaient.
- Au bloc opératoire, notre chef-cadre a aussi d'autres fonctions dans d'autres établissements du CISSSME. Il doit donc s'absenter plusieurs jours par semaine pour se rendre dans les autres établissements. Toutes les journées où il est absent, notre bloc opératoire est donc un avion sans pilote, un navire sans capitaine. Nous n'avons personne localement en charge pour régler les problèmes urgents ou imprévus. Avant la fusion, l'infirmière-chef du bloc opératoire était omniprésente au bloc opératoire, toujours accessible et sur place.
- Depuis les fusions, avec les postes de cadres des divers établissements, nous sommes témoins de plusieurs roulement de personnel et changement de cadres, d'où une grande instabilité, une perte de l'expertise et de connaissance du terrain et des dossiers, de la perspective historique...Tout est toujours à recommencer. Avant la fusion, nous avions des personnes de référence, personnes ressources, qui étaient des points de repère, stables, à qui on ne devait pas constamment tout réexpliquer des différents dossiers et enjeux.
- À cause de la fusion, nous avons failli ne pas pouvoir avoir d'IRM pour notre établissement. Le CISSSME s'apprêtait à doter un des 2 autres centres d'un 2ème appareil IRM plutôt que de fournir un premier appareil à notre hôpital. Et ce, malgré que notre population est défavorisée, peine à se déplacer vers les autres centres, et alors qu'il n'existe aucun transport en commun vers ST-Hyacinthe. Encore une fois, il a fallu sortir dans les médias pour revendiquer une IRM pour notre hôpital et solliciter directement l'aide de notre député et de notre maire pour obtenir gain de cause face au CISSSME qui ne défendait pas les intérêts de notre établissement et de notre population.

- Notre comité des usagers a perdu la gestion de son budget. Le budget est dorénavant géré par le CISSSME. Et un membre de la haute direction du CISSSME a été nommé comme membre de ce comité des usagers! Le comité des usagers de notre centre a donc perdu toute son autonomie et toute sa liberté d'action.
- Le système de paye des infirmiers/infirmières est dorénavant géré par Pierre-Boucher. Cela les contrarie au plus haut point. Avant la fusion, s'il y avait une erreur ou un problème avec leur paye, elle pouvait aller voir directement en personne la personne responsable et rapidement régler le problème. Maintenant, elles doivent appeler à distance et de façon impersonnelle un(e) inconnu de Pierre-Boucher. Le processus se trouve alourdi et complexifié.
- Le service de comptabilité relève maintenant de Pierre-Boucher. Un de mes patients qui est rembourseur, avec souvent des contrats pour notre hôpital, me témoignait qu'avant la fusion, il pouvait passer directement à la comptabilité de notre hôpital se faire payer pour ses contrats terminés. Mais maintenant, il doit envoyer ses factures à la comptabilité de Pierre-Boucher, et cela peut prendre des mois avant qu'il soit payé, si ses demandes ne sont pas tout simplement perdues ou oubliées.
- Nous avons vécu une crise avec le département de pédiatrie dans notre centre, qui perdure encore à ce jour. Un important déficit d'effectifs en pédiatrie. Et alors que la mission première de la création des CISSS était justement de pallier à tout manque de bris de couverture pour les départements et services, les 2 autres centres n'ont pas collaboré à prêter main forte à notre centre pour envoyer des pédiatres en renfort. L'aide s'est faite au compte-goutte et de manière incomplète et dans un climat de tension. De la même manière, on nous promettait que la création du CISSS permettrait une fluidité des différents spécialistes entre les établissements pour améliorer l'accès aux soins. Alors que nous n'avons pas de neurologue, pas de dermatologue, pas de gastro-entérologue à Sorel et plusieurs autres spécialités, il n'y a jamais eu de service de dépannage mis en place pour offrir ces services à notre population. Les équipes étant plus nombreuses dans les 2 autres centres, le recrutement est toujours plus facile dans ces établissements pourtant mieux pourvus que nous en médecins spécialistes. Nous ne sommes pas maîtres chez nous de notre recrutement. Les bons candidats se font régulièrement marauder par les 2 autres centres et nous n'avons pas le pouvoir de rendre nos conditions de recrutement compétitives et plus attrayantes, nous sommes toujours perdants face aux 2 autres établissements pour le recrutement. Nous aimerions pouvoir négocier nous-mêmes nos PREM et notre recrutement. »

Dr Vincent Bouchard-Dechêne

Médecin interniste et intensiviste à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, CIUSSS-CSMTL

11 juillet 2020

« Voici 3 exemples simples illustrant bien la raison pour laquelle nos démarches sont essentielles:

1-Préparation COVID-19:

Nous avons interpellé (preuves à l'appui) l'administration à plusieurs reprises dès la fin du mois de janvier voyant bien que la situation à Wuhan représentait une potentielle menace et que des préparatifs étaient essentiels. Sous la gouverne spontanée de notre microbiologiste, nous avons même tenu notre premier comité COVID-19 le 3 février, plusieurs semaines avant le premier cas sévère. Toutefois, l'administration n'était pas présente et ne partageait pas nos inquiétudes, quelqu'un nous disant même que ce serait comme la grippe... Un support réel de leur part aurait permis de mettre en branle plus rapidement les préparatifs. Nous parlions d'ailleurs déjà du danger imminent pour les CHSLD....

2-Cellule de crise COVID-19

Le lendemain même du premier cas sévère de COVID-19, une cellule de crise a été constituée de manière urgente par l'équipe médicale, épaulée par un DSP-adjoint d'expérience, pour adresser la crise qui s'était présentée à nos portes. C'était un jeudi. Le lundi suivant, alors que les médecins de ladite cellule de crise se sont réunis 2 fois par jour, weekend inclus, la première décision de l'administration du CIUSS le lundi matin fut de retirer les pouvoirs exécutifs à cette structure et la dissoudre pour la remplacer par un comité dirigés par des gestionnaires et dont la structure avait une arborescence difficile à comprendre. Heureusement, le corps médical s'est tenu et, non sans efforts, a obtenu le retour de cette structure qui semblait pourtant une nécessité. Son dirigeant, a reçu tout de même une lettre de congédiement pour avoir soutenu les équipes médicales au-delà des administrateurs.

3-Ouverture d'une unité de 32 lits:

L'administration a décidé, organisé et planifié l'ouverture d'une nouvelle unité de 32 lits d'hospitalisation sans concerter personne. Les équipes médicales et nursing, pourtant en profonde pénurie, ont appris que 32 lits allaient ouvrir dans les prochaines semaines. Suite aux revendications amenées, la réponse de nos dirigeants ne fut pas de reconnaître la bourde commise et protéger ses équipes, mais plutôt de faire pression pour maintenir l'ouverture de ces lits. »

Dr François Langlais

Médecin à l'Hôpital de LaSalle, CIUSSS-QUESTM

9 juillet 2020

« Il y aurait tellement d'exemples à donner du dysfonctionnement de notre CIUSSS. C'est difficile de choisir et de trouver un exemple suffisamment simple et qui va frapper l'imagination...

L'hiver dernier, nous avons appris qu'un de nos chirurgiens prenait sa retraite, et libérait un poste. Il y avait chez nous un jeune chirurgien qui faisait un remplacement de maternité depuis un an. Il nous donnait un excellent service. C'était un excellent généraliste comme il est nécessaire de l'être dans un petit hôpital communautaire. Son dada en plus était la chirurgie endocrinologique, et on pouvait notamment lui envoyer nos nodules thyroïdiens. Il faisait lui-même les ponctions à l'aiguille fine sous écho, ce qui nous évitait désormais d'avoir à envoyer ces patients dans un autre centre. Il était apprécié de tous pour le bon service qu'il donnait. Bref un chirurgien excellent généraliste, mais qui apportait en plus un nouveau service endocrinologique nécessaire dans notre hôpital.

Évidemment, lorsqu'un poste s'est libéré, l'ensemble de l'hôpital tenait pour acquis que notre jeune chirurgien aurait ce poste. Il était le choix de tous et correspondait exactement aux besoins de notre hôpital. Au surplus, il avait fait ses preuves dans notre milieu pendant un an.

Toutefois, la chef CIUSSS de chirurgie est à l'hôpital St-Mary. Elle a créé un comité de sélection composé de gens d'ailleurs et biaisés à l'encontre de ce chirurgien. Le comité de sélection a élaboré des critères de sélection complètement inappropriés pour un hôpital communautaire. Il fallait notamment que le candidat ait un fellow. Bref, le comité a élaboré des critères qui défavorisaient le candidat que tout notre hôpital voulait.

Nous avons appris par la suite qu'il y avait une autre candidate au poste ce qui était curieux puisque le poste n'avait pas été annoncé. Il s'est avéré que cette candidate était une chirurgienne d'Arabie Saoudite, qui finissait un fellow à McGill en chirurgie bariatrique. Manifestement, il est rapidement devenu clair que le comité de sélection biaisait ses critères pour la favoriser.

Nous n'avons pu que supposer que McGill voulait la stationner quelque part, n'ayant pas de PEM à lui donner, et qu'ils s'approprièrent notre poste. Tous les chefs locaux ont alors vivement protesté. Nous n'avons pas besoin d'un fellow en chirurgie bariatrique, dans un petit hôpital communautaire qui ne fait pas de chirurgie bariatrique, mais plutôt d'un bon généraliste.

La cheffe CIUSSS ne voulait toutefois rien entendre.

Nous avons dû écrire une lettre signée par la quasi-totalité des médecins de LaSalle, réclamant qu'on cesse le processus de sélection en cours, qu'on accorde le poste à notre candidat, sans quoi nous menacions de sortir publiquement. Ce n'est au prix que de cette ultime démarche que nous avons pu obtenir raison.

Voilà. Un exemple parmi tant d'autres.»

Dr Isabelle Lepage, Dr Nicolas Saumart-Dufour et Dr Thomas Hemmerling

Médecins pratiquant à l'Hôpital Fleury de Montréal, CIUSSS-NIM

29 janvier 2021

L'hôpital Fleury est un hôpital communautaire de 174 lits, fondé en 1952, bien ancré dans le quartier Ahuntsic, et intégré au CIUSSS du Nord de l'Île de Montréal, depuis 2015.

Gouvernance

Depuis la formation du CIUSSS-NIM, il n'y a plus de direction locale à l'hôpital Fleury et le fonctionnement de l'hôpital en est grandement affecté.

Le seul chef de département du CIUSSS-NIM qui provient des hôpitaux communautaires est celui de médecine familiale et aucun ne provient de l'hôpital Fleury. Ceci limite la capacité des représentants locaux à agir dans la gestion quotidienne et encore plus lors de situations

problématiques, et ceci entraîne des situations aberrantes où les chefs de département du CIUSSS-NIM prennent parfois des décisions non adaptées à la réalité locale.

Effectifs médicaux

Avec la réforme de 2015, les plans d'effectif médicaux (PEM) furent aussi fusionnés et non plus attribués selon les hôpitaux mais directement au CIUSSS-NIM. Ceci fait en sorte que les nouveaux spécialistes sont recrutés par le service concerné de façon centralisée au sein du CIUSSS. Les équipes locales ne sont pas toujours consultées même dans le cadre d'un recrutement pour leur milieu. La présence d'une équipe dédiée avec une pratique communautaire n'est pas une priorité, et les besoins locaux des équipes communautaires sont mal représentés.

Plusieurs médecins compétents et appréciés ont quitté l'hôpital Fleury depuis la fusion. La raison de leur départ est en grande partie reliée au contexte de travail difficile. D'ailleurs certains se sont illustrés par leur implication dans leur nouvelle organisation. Ceci est une perte importante pour notre petit milieu communautaire et nous sommes inquiets des départs qui pourraient venir, surtout dans le contexte où les nouveaux recrutements sont centralisés.

Offre de service en médecine spécialisée

L'offre de service en médecine spécialisée est réfléchiée et planifiée par les chefs de départements et de services qui sont basés à Sacré-Cœur. La perspective de ces acteurs est teintée par leur expérience d'un centre tertiaire. Puisqu'ils ne connaissent pas bien les besoins locaux, ceci crée un décalage entre leur vision du développement des services locaux et celle des équipes sur place. Dans un contexte de ressources limitées, ceci entraîne malheureusement une perte des services de proximité pour notre communauté.

Ainsi, non seulement les spécialistes sont de moins en moins présents sur place pour faire les consultations hospitalières, nous constatons également une délocalisation progressive des services pour nos patients. Ces derniers doivent dorénavant se déplacer de plus en plus vers l'hôpital Sacré-Cœur pour obtenir les soins requis pour leurs conditions médicales. Pour certains patients, qui sont dans une situation de pauvreté ou de mobilité réduite, les conséquences de cet éloignement des services sont graves, en particulier dans un territoire où l'accès au transport en commun est très limité.

Les principes d'accessibilité aux soins de santé et d'équité dans notre système de santé sont malheureusement touchés.

Nous sommes convaincus de la bonne foi de l'administration du CIUSSS-NIM. La gestion d'une aussi grande organisation est un défi de taille en période usuelle, et elle est devenue encore plus difficile dans la situation de crise sanitaire que nous venons de vivre.

Nous avons la certitude qu'une décentralisation de la gestion et de l'organisation de l'offre de services est incontournable pour améliorer l'efficacité du processus décisionnel, pour protéger l'offre de service locale, et maintenir la mission communautaire de notre hôpital.

Nous sommes moralement tenus de militer pour ces changements afin que nos patients soient mieux pris en charge et en sécurité dans notre hôpital.

Nous souhaitons pouvoir pratiquer une médecine de proximité avec un haut standard de qualité. »

Dr Christophe Hubert

Chef adjoint département d'urgence hôpital Jean-Talon, CIUSSS-NIM

5 avril 2020

Adressé à la direction du CIUSSS-NIM

« Comme vous le savez, j'ai pris la responsabilité de coordonner les soins médicaux à l'hôpital Jean-Talon (HJT). Je constate que les médecins et gestionnaires de l'HJT dénoncent l'isolement complet et l'absence de réponse ou d'aide dans toutes les décisions importantes. La structure centralisée des CIUSSS, telle qu'elle est organisée actuellement, révèle ses limites dans la crise actuelle.

Il est donc nécessaire d'avoir une décentralisation de la décision en contexte de crise, et d'évolution des pouvoirs décisionnels à la table de coordination des chefs locaux.

Contexte :

Le plan de contingence du MSSS pour la pandémie du COVID-19, a désigné l'HJT hôpital de phase 4. Le passage à la phase 4 semble maintenant très proche. Les instances locales de l'hôpital se préparent depuis 1 mois.

État du CIUSSS :

Centralisation des directeurs, gestionnaires et chefs de départements à l'hôpital Sacré-Cœur. Majorité écrasante des chefs de départements et des membres de la direction sont à Sacré-Cœur et sont peu familiers avec HJT, et ignorent la réalité locale.

Les équipes médicales et administratives de HJT sont isolées et leur accès au pouvoir décisionnel, et de support est lent, laborieux et requiert trop d'intermédiaires.

Un énorme travail et une grande implication des équipes de direction a été fourni mais n'a eu des retombées pertinentes et exactes qu'à l'HSCM. Les retombées des décisions adoptées sur l'HJT ne correspondent pas aux réalités sur le terrain ni aux limitations tant de l'espace ou des capacités humaines.

Des dommages collatéraux de grande ampleur sont anticipés en chirurgie aiguë, traumatologie et oncologie, vu l'absence de structure physiquement distincte dans le CIUSSS, qui permet la séparation des patients atteints de COVID-19, de ceux atteints de maladies usuelles non-COVID.

Exemples saillants :

Il a fallu attendre près de 3 semaines avant d'avoir une représentante médicale locale de la DSP, dont j'apprécie l'aide offerte. Mais malgré toute sa bonne volonté, il lui est impossible d'être sur place pour gérer les problèmes au quotidien.

Concernant les Soins Intensifs, secteur majeur de cette maladie, notre chef local, qui possède le seul PREM disponible depuis des années (!) [...] a peu d'idées de la place qu'il devra prendre dans la crise. La seule réponse obtenue est qu'aucune aide médicale (médecins / résidents) ne lui serait accordée, même en cas de rapatriement des membres associés aux SI vers les centres où ils sont membres actifs.

À l'urgence, secteur essentiel qui a dû être repensé en termes d'organisation physique, on m'a demandé d'imaginer des zones verte et orange. Depuis plus de 3 semaines, sur place tous les jours du matin au soir, à organiser et planifier notre fonctionnement, j'ai dû m'improviser architecte et décisionnaire de structures sans aucune idée de la sécurité pour le personnel. La seule et unique visite en 1 mois de la PCI a eu lieu vendredi 2 avril alors que des éclosions étaient en cours dans l'hôpital. Après des demandes répétées, on m'avait annoncé sa présence à l'urgence toute la matinée pour répondre aux questions et inquiétudes légitimes du personnel. J'ai eu droit à 13 minutes de discussion dans un couloir, m'obligeant à écouter une autre réunion ! Le plan détaillé des mesures d'urgence ne nous a d'ailleurs pas été communiqué.

La volonté d'application de chaque décision à l'ensemble du CIUSS sans se soucier des différences locales (clientèle/architecture/initiatives locales) retarde des projets importants de plusieurs semaines :

En radiologie, plaque tournante des soins intra- et extrahospitaliers, un plan de délestage des services non-urgents et de dépistage des usagers de la radiologie par questionnaire COVID, a été retardée de 5 jours dans le but de se plier à un effort similaire pan-CIUSSS.

A l'urgence :

- Attente de plus d'une semaine d'une ordonnance collective de réorientation de patients, qui était essentielle pour réduire l'engorgement dans notre petite salle d'attente et éviter les contaminations locales.
- La zone verte de l'urgence à la clinique externe : 5 jours avant d'avoir l'approbation pour débiter le projet qui était prêt du jour au lendemain de notre côté; durant ces 5 jours, des patients non-COVID ont subi une exposition potentielle dans l'urgence.
- l'utilisation des spécialistes en première ligne dans cette zone verte tel que recommandé le 26 mars par le MSSS n'est toujours pas en place alors que facilement applicable localement et que de nombreux spécialistes sont d'accord pour participer. Il faudrait attendre que chacun ait l'approbation de son chef de département ? Je comprends qu'un plan de contingence est en place pour chaque spécialité, mais de nombreux spécialistes sont bloqués à la maison sans travail et seraient prêts à reprendre leur travail clinique dès demain.

Aux Soins Intensifs, l'offre de service des Anesthésistes pour épauler les SI bute face à la nécessité de demander une permission du chef de département CIUSSS.

Il n'y a eu aucune communication au sein du département de médecine interne entre le 12 Mars et le 1er Avril, laissant les membres devant des décisions peu représentatives de la volonté du groupe et créant un déséquilibre entre le secteur de médecine générale et le secteur de médecine interne.

Les 2 départements ont organisé, seuls, leur plan de contingence en créant un département d'hospitalisation commun permettant une meilleure répartition des tâches. Le département de médecine interne a été fragilisé par des maladies et quarantaines et ne tiendra pas sans une aide extérieure, que des médecins sans activité actuellement pourraient offrir. Nous devons être plus autonomes dans la gestion locale des plans de contingence.

Instance décisionnelle actuelle à HJT :

Une table virtuelle locale a été constituée et se réunit quotidiennement pour coordonner la planification de la phase 4. Elle est constituée des chefs ou responsables désignés de l'Urgence, Anesthésie, Radiologie, Médecine interne, Médecine de Famille, Cardiologie, Microbiologie, Chirurgie, Orthopédie, et une fois par semaine des Gestionnaire GBM, Gestionnaires des étages, du bloc opératoire, des achats etc. qui se réunit pour organiser une coordination entre les différents services.

Trois grandes questions ressortent des premières réunions :

- Compte tenu de la faiblesse des ressources physique, médicale et nursing des soins intensifs dans notre établissement, il est essentiel de clarifier quel doit être notre rôle dans cette crise (hôpital tiède-froid ?). Dans le même ordre d'idée, le risque de dommages collatéraux imposés à tous les autres malades non-COVID par manque de soins est extrêmement préoccupant et va s'aggraver avec le temps. Pourquoi ne pas prévoir une zone froide au sein de notre établissement pour gérer ces cas du CIUSSS?
- Un leadership local officiel est nécessaire avec un pouvoir décisionnel. Ce leader doit être sur place tous les jours pour répondre aux multiples questions et diriger un comité opérationnel regroupant médecins et gestionnaires locaux. La liaison serait bien sûr faite avec le CIUSSS.
- Une gestion locale des ressources matérielles et physiques est indispensable afin d'avoir le contrôle sur notre capacité à soigner les patients de manière sécuritaire. Comme exemple, ma grande inquiétude sur des masques N95 de l'hôpital rapatriés à Sacré-Cœur ou nos interphones dans les civières 1 à 3 de l'urgence, toujours pas en place, car aussi réquisitionnés.

Remèdes requis :

Je suis donc prêt à mettre en place une structure permettant la décentralisation de la décision dans ce contexte de crise, et d'évolution des pouvoirs décisionnels à la table de coordination des chefs locaux.

Cette structure est prête à être mise en place dès demain.

Je m'attends à votre support et votre collaboration rapide pour les décisions prises dont la portée serait au-delà de l'HJT.

De notre part, tous les médecins de cette table, qui valident cette demande avec moi, vous assurent de notre collaboration et transparence dans nos décisions.

En vous remerciant de votre écoute, et en attendant de votre réponse validant notre demande, je reste disponible pour une discussion des détails avec vous. »

Dr Silvana Trifiro

Médecin spécialiste en microbiologie et infectiologie à l'Hôpital Santa Cabrini, CIUSSS-EMTL
11 juillet 2020

« La dernière année financière avant le regroupement/ fusion des hôpitaux, l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale(HSCO) n'a été pas en déficit, mais en surplus de >\$900,000. Grâce à un leadership local, le sentiment d'appartenance par les médecins, infirmières, techniciennes, et autres travailleurs se manifestait par un but commun: un projet de rénovations de l'hôpital.

Au début de la pandémie, à cause de la lenteur de la haute direction, les médecins locaux ont dû créer un comité Covid à l'aide de l'application WhatsApp, mis à jour deux fois par jour, et visant à identifier et évaluer les problèmes, donc trouver des solutions créatives et rapides. Cette application servait aussi à partager les publications médicales quotidiennes sur la maladie Covid pour mieux traiter patients.

Le 31 mars 2020, un médecin des soins intensifs reçoit un appel téléphonique dans la soirée pour un transfert d'un patient Covid à HSCO en route : « Vous êtes le prochain centre sur la liste selon MSSS... ». Vérification faite sur l'application WhatsApp, aucun médecin n'était au courant de cette directive. Appel à l'administration fait. Réponse: effectivement oui, HSCO prochain désigné.

Toujours avec l'initiative locale des médecins de l'hôpital Santa Cabrini (et non du CIUSSS) de l'application WhatApp, les médecins ont été sensibilisés au risque de transmission de patient à patients, travailleurs de la santé à patients (donc infection Covid acquise dans un centre de soins de manière NOSOCOMIALE):

Voici les données que nous avons-nous-même compilées en date du 10 juillet 2020 :

Hôpital	#cas total d'usagers COVID+	# de cas nosocomiaux*	% de patients infectés à l'hôpital
HMR	673	252	37%
HSCO	345	47	14%

*usager admis à l'hôpital pour maladie autre que COVID, mais qui ont été contaminés par la COVID pendant leur séjour à l'hôpital via une autre personne à l'hôpital.

Grâce au MSSS (et non à OPTILAB) nous avons pu obtenir un appareil rapide PCR pour diagnostiquer la COVID sur place à l'hôpital Santa Cabrini. Le temps de réponse moyenne pour une analyse est donc passé de 30.6 heures (alors que nous devions initialement passer par OPTILAB) à 5.6 heures. Ceci constitue une autre démonstration qu'une gestion locale améliore la qualité des soins et diminue les risques de transmission nosocomiale. »

Dr Philippe Rola

Médecin interniste à l'hôpital Santa Cabrini, CIUSSS-EMTL
11 juillet 2020

« Réponse COVID HSCO USI

Le 3 Mars 2020, le Chef de Service USI partage avec le CIUSSS qu'il faut débiter les préparatifs pour la pandémie, reçoit cette réponse: « Bonsoir, mais ce sont les centres désignés qui accueilleront les cas malades après diagnostic et décision d'hospitaliser (Règles ministérielles): Jewish et Ste-Justine pour Montréal ; équipement, lits dispo et à pression négative, etc. »

L'équipe USI n'attend pas de directives « d'en haut » et commence par contacter et faire transformer les 15 lits de soins intensifs en pression négative, incluant la construction de divisions et débiter les rénovations de la chirurgie d'un jour en unité de soins intensifs. Un plan détaillé est élaboré pour l'expansion physique par étapes en zones froides et chaudes séparées physiquement ainsi qu'un système de couverture médicale modifié et avec plans de contingence. HSCO part de 13 lits USI a un total de 26 au sommet de la première vague, l'hôpital communautaire recevant le plus de cas COVID à Montréal.

En contraste, la première rencontre téléphonique initiée par pour la préparation du terrain le CIUSSS fut le 11 mars 2020, plus d'une semaine plus tard.

Le 12 mars, le Chef de Service USI suggère de limiter les visites à l'hôpital, mais se fait répondre que « la population n'aimera pas ça, et qu'il faudrait attendre une directive ministérielle avant de prendre un tel pas.

Aucunes de ces initiatives ne sont venues du CIUSSS. »

Dr Catherine Montel

Médecin de famille à l'Hôpital de Granby, CIUSSS de l'Estrie
3 juin 2021

« Je suis médecin généraliste et je désire vous informer du fait que la centralisation a des effets extrêmement négatifs sur le personnel et ultimement sur les services rendus à la population dans notre hôpital.

Notre hôpital fonctionnait somme toute assez bien avant la centralisation, et la qualité et l'entraide du personnel sur place compensait pour les nombreux défauts du système de santé. Nous nous sommes ensuite fait imposer une fusion avec Sherbrooke .

En premier lieu, cela fut catastrophique pour le nombre de postes de nouveaux facturants disponibles en médecine familiale car la nouvelle méthode de calcul appliquée à l'Estrie (avec beaucoup de médecins à Sherbrooke) a fait que nous n'avons presque pas eu de nouveaux facturants pendant de nombreuses années (alors que nous avons quand même réussi à démontrer au ministère avant la pandémie que nous étions en déficit sévère d'omni à Granby...) et a grandement fragilisé l'équipe en place qui est épuisée.

Ensuite, la complexité du réseau de gestionnaires, à distance de notre hôpital, par des gens habitués à gérer un hôpital universitaire, ne comprenant absolument pas notre réalité d'hôpital communautaire et ne croyant pas en notre autonomie antérieure et nos compétences, a grandement détérioré les conditions de travail de notre hôpital.

Actuellement, 9 gestionnaires locaux sont soit en arrêt de travail (4) ou ont démissionné récemment (5), représentant à peu près tous les secteurs importants de l'hôpital (étages de médecine, de chirurgie, de gériatrie, d'hémodialyse, chef de la salle d'op et chirurgie d'un jour, soins intensifs, archives, entretien ménager).

Plusieurs de ces gestionnaires ont exprimé qu'ils ne se sentaient pas écoutés par les gestionnaires de Sherbrooke, qu'on leur a enlevé tout pouvoir décisionnel, qu'on bloque toute initiative ou solution locale proposée de leur part, qu'on les force à appliquer des mesures qui ne font aucun sens à Granby et qui vont contre leurs valeurs, comme d'imposer des mesures restrictives insensées à leurs équipes qui ne vont résulter qu'en plus d'arrêts de maladie et aggraver la pénurie de personnel.

Il y a tellement de niveaux de gestionnaires à franchir pour chaque moindre demande, et ceux-ci sont beaucoup plus intéressés à sauver leur derrière que préoccupés par le bien-être des patients ou du personnel d'un hôpital où ils n'ont jamais mis les pieds. Ça finit toujours par bloquer à quelque part, on ne sait jamais où ni à qui s'adresser car le message de refus se re-transmet vers le bas par le jeu du téléphone. On se croirait dans les 12 travaux d'Astérix, à tous les jours...

Les pénuries de personnel sont dénoncées depuis plus de 5 ans sans aucune réponse et les conditions de gestion se sont gravement détériorées depuis 5 ans. Les gestionnaires se sentent comme des pantins qui annoncent les mesures demandées par Sherbrooke, et le personnel infirmier et préposés se sentent comme des numéros, ce qui est vraiment le cas dans ce que je vois au quotidien. Les TSO (temps supplémentaires obligatoires) sont récurrents et très fréquents et Sherbrooke essaie régulièrement de déplacer des infirmières dans plein de postes différents, sans aucune considération pour les compétences particulières que ça peut demander ou les particularités de vie individuelles. (par exemple demander à notre gestionnaire de forcer une infirmière dans la cinquantaine en pré-retraite à faire des nuits pour combler les trous alors qu'elle élève seule ses 2 petits-enfants de 3 et 5 ans via la DPJ, qu'elle n'a pas de gardienne pour les nuits, qu'elle est déjà super travaillante et fait du TSO... résultat court terme à prévoir = arrêt de travail ou retraite prématurée, avec perte pour l'hôpital d'une excellente infirmière et aggravation de la pénurie).

Pendant ce temps, les gestionnaires du CHUS disent aux médias qu'ils demandent au personnel de Sherbrooke s'il y a des « volontaires » pour venir nous aider. Wow. Je peux vous dire que ça ne s'est pas bousculé aux portes. Le TSO c'est juste bon pour Granby ?

On a de multiples autres exemples comme ça.

Notre salle d'opération est aussi en pénurie de personnel depuis de nombreuses années et rien n'a été fait par les gestionnaires pour améliorer la situation. Plus de la moitié du personnel est en arrêt de maladie, et ce malgré la bonne entente et le support donné par les

chirurgiens pour amoindrir la lourdeur pour les infirmières. La situation est tellement critique que l'accès aux soins des patients est grandement compromis et que des anesthésistes songent à changer de lieu de pratique par manque de travail.

Le personnel et les gestionnaires locaux sont aussi tous d'accord pour dire que la COVID n'est pas en cause dans cette dégringolade. C'est la goutte d'eau dans une piscine de problèmes de mauvaise gestion chronique.

Une consultante est venue analyser le processus d'épisode de soins en 2019 pour en améliorer la fluidité; une de ses premières recommandations était d'affecter 3 gestionnaires de haut niveau (direction des soins infirmiers, direction services professionnels, directions services multidisciplinaires) qui feraient de la co-gestion **SUR PLACE** et à temps complet pour au moins 4-5 ans.

Non seulement nous n'avons aucun gestionnaire de haut niveau sur place, mais on nous a fait une présentation des conclusions du rapport de la consultante et on ne nous a jamais parlé de cette recommandation ni transmis le rapport intégral!

On se fait aussi phagocytter des ressources matérielles et professionnelles par Sherbrooke puisque tout passe par là en premier.

Nous avons plusieurs exemples de personnel qui applique au CIUSSS pour travailler à Granby et se font offrir un poste uniquement à Sherbrooke, sinon ils se font dire d'aller appliquer à St-Hyacinthe (autre CIUSSS), qui est la ville la plus plus près de Granby...

Nous avons aussi des exemples d'acquisitions de matériel qui serait payées par notre fondation mais qui sont bloquées par des gestionnaires de Sherbrooke.

Même les médecins ne sont pas écoutés. Nous avons une patiente démente dont les troubles de comportement et l'anxiété ont été extrêmement difficiles à contrôler, qui a eu la Covid, puis a reçu 2 doses de vaccin contre la Covid, et la gestion de Sherbrooke demandait qu'on la transfère dans un centre de confinement pendant 14 jours à Sherbrooke avant de pouvoir aller dans son milieu de vie final en CHSLD à Granby. Le personnel clinique n'était pas d'accord et la microbiologiste trouvait aussi que ça ne faisait aucun sens et nuisait à la patiente. Après plusieurs appels et plusieurs heures d'effort de la part de la microbiologiste, un gestionnaire quelconque -on ne sait même pas vraiment qui- a refusé et la patiente est partie en confinement, au détriment de toute logique et du bien-être de la patiente!

Des exemples de mesures imposées aberrantes et révoltantes, on en a des valises pleines. Notre hôpital est en situation de crise grave et a un besoin critique de décentralisation et de reprise de pouvoir décisionnel local pour remettre l'hôpital sur pied.

Si nos informations peuvent vous aider à obtenir des gains auprès du gouvernement pour décentraliser les soins, ça ne pourra que nous aider à remonter la pente.

Cordialement, Catherine Montel »

Alors qu'il est plutôt rare que les médecins prennent la parole dans les médias, plusieurs ont quitté leur habituelle réserve pour dénoncer la décentralisation. Nous avons répertorié leurs témoignages.

Dr Monique Pinsonneault

Pneumologue, Hôpital Pierre-Boucher, CISSSME

Réseau de la santé : le mastodonte bureaucratique, Caroline Touzin et al, La Presse, 2 mai 2020

Après trois semaines de garde à l'hôpital Pierre-Boucher à soigner des patients atteints de la COVID-19 en « zone chaude », la pneumologue a été déployée au CHSLD de Contrecœur en Montérégie le dimanche 26 avril 2020. Or, l'établissement n'avait aucun cas de COVID-19 et ne manquait pas de personnel.

« C'est un bel endroit paisible, bien géré où les aînés ont tous les soins requis, décrit-elle. Ce soir-là, certains jouaient à des jeux de société ; d'autres aux cartes. Le personnel est bienveillant et en contrôle. »

À son retour chez elle, la médecin s'empresse d'écrire un courriel aux gestionnaires du CISSS qui l'ont dépêchée dans un milieu sans COVID-19 alors qu'elle venait de travailler dans une « zone chaude ».

« Je leur ai écrit que je ne comprenais pas pourquoi on mettait à risque les endroits qui sont fonctionnels », souligne-t-elle. Quatre jours plus tard, son CISSS a reconnu son erreur dans un courriel transmis à tous les médecins volontaires, concédant « qu'il n'y avait pas un réel besoin dans ces milieux » et qu'il ciblerait mieux les CHSLD à l'avenir. »

« Personne n'est de mauvaise foi dans les CISSS et les CIUSSS, c'est un paquebot, juste trop gros », raconte la Dre Monique Pinsonneault, qui a été aux premières loges des problèmes de réaffectation des médecins volontaires en CHSLD.

Dr Simon-Pierre Landry

Médecin de famille à Mont-Tremblant, Médecin d'urgence à l'hôpital Saint-Agathe-des-Monts, CISSSLau

Réseau de la santé : le mastodonte bureaucratique, Caroline Touzin et al, La Presse, 2 mai 2020

COVID-19: des médecins appellent à décentraliser le système de santé, TVA nouvelles, 29 octobre 2020

« La culture de centralisation top-down du réseau de la santé québécois fait en sorte de décourager l'initiative et la flexibilité locales, en plus de faire que personne ne semble imputable des problèmes ». Il a maintes fois critiqué cette approche au cours des dernières années. « Malheureusement, il y a beaucoup de résistance au ministère de la Santé pour que ça change : une décentralisation enlèverait le pouvoir aux fonctionnaires et aux politiciens pour le donner plus régionalement et localement aux gens sur le terrain. »

Le Dr Landry donne un exemple de l'effet de la réforme de Gaétan Barrette – celle-là même qui a mené à la création des CISSS et des CIUSSS – dans les urgences. Avec cette réforme, les chefs de département des urgences sont régionaux, avec des chefs de « service » locaux. Or,

ces chefs locaux sont rémunérés pour quatre à six heures par semaine de travail administratif par la RAMQ. « Si on veut que les dossiers avancent et permettre à une salle d'urgence de fonctionner de manière efficace pour le bien des patients, il y a souvent du travail pour plus de 20 heures par semaine », explique-t-il.

Alors quand le Dr Landry a quitté son poste de chef de service l'automne dernier, ses collègues et lui se sont entendus pour combler la différence salariale de sa successeur en sortant l'argent de leurs propres poches – on parle de plusieurs milliers de dollars par médecin – afin qu'elle fasse autant d'heures de gestion que le département a besoin.

Quand la crise de la COVID-19 a frappé, cette médecin gestionnaire a été d'une efficacité redoutable, souligne-t-il. « Sans elle, ç'aurait été le chef de département régional des urgences – qui couvre six hôpitaux – à qui les tâches auraient incombé, du moins en théorie parce que ce poste est vacant depuis 2014 dans notre CISSS. »

« J'appuie ce que le Regroupement Québécois de Médecins pour la Décentralisation du Système de Santé (RQMDSS) propose.

[...] On avait montré comment un système qui était centralisé comme au Québec, qui est quelque chose qui date depuis plusieurs années, bien avant Gaëtan Barrette, mais que Gaëtan Barrette malheureusement avait centralisé encore plus, et donc avait causé d'autres problèmes, des problèmes de perte d'agilité, des problèmes où on essaie de prendre des décisions mais il faut qu'on attende trois, quatre personnes au-dessus de nous pour qu'ils nous disent oui, oui, faite cette chose-là. Donc quand on fait ça, ça fait qu'il y a des délais, et quand il y a des délais, les décisions ne se prennent pas vite, et quand les décisions ne se prennent pas vite, il y a des patients qui vont en souffrir parce que les soins vont être moins bien donnés.

J'ai le goût de vous donner deux exemples, le premier ça va être un exemple négatif, on va parler des CHSLD. Dans les CHSLD, le gouvernement est complètement tombé en bas de sa chaise en se rendant compte, qu'il n'y avait pas de gestionnaires dans les CHSLD initialement. Donc les employés ne se présentaient pas au travail, et il n'y avait pas moyen finalement qu'il y ait quelqu'un qui sonne la cloche : « il manque de personnel ici, qui est malade, qui est pas malade ». Quelqu'un qui est sur le plancher, dont son bureau est dans le CHSLD. [...]

Je vais vous présenter un exemple positif. Dans mon hôpital, avant même la pandémie, on a décidé un groupe de médecins de se cotiser, on a sorti de l'argent de notre poche, pour se payer un boss [...] parce qu'on savait que ça n'a aucun bon sens qu'on n'ait pas un médecin attitré qui travaillait au moins 2 à 3 jours par semaine dans un bureau à l'urgence pour gérer les services médicaux dans notre urgence. Donc on s'est cotisé pour payer son salaire à même notre poche, parce que c'est important d'avoir un chef, un chef qui est imputable, et quand la pandémie est arrivée, cette cheffe-là a été extraordinaire, elle a monté des murs, elle a fait les zones rouges, les zones vertes, elle a fait les protocoles en un temps super rapide, et quand le CISSS savait pas trop ce qui se passait à Sainte-Agathe, mais c'est elle qu'ils appelaient, car elle était là, elle pouvait prendre des décisions, et elle savait ce qui se passait sur le terrain.

Si on veut décentraliser, ça veut dire oui il faut nommer quelqu'un, mais il faut lui donner des pouvoirs, c'est-à-dire des pouvoirs organisationnels. Les grandes structures, les grands mammoths, et si on revient, regardez les déclarations de monsieur Dubé, philosophiquement, il est d'accord avec les médecins qui ont signé la lettre, philosophiquement, la CAQ souhaite une décentralisation, mais il font face à des mammoths administratifs, qui sont appelé des CISSS, alors il faut qu'ils arrivent à changer la culture interne de ces administrations-là, ce n'est pas une mince tâche. Donc oui il faut qu'on nomme des gens dans les hôpitaux pour avoir une direction des services professionnels (DSP) qui est dans l'hôpital et non pas dans des bureaux à 200 km de l'hôpital, il faut avoir des gens sur le terrain, mais il faut que ces personnes-là aient des pouvoirs décisionnels et que les opérations se fassent via eux.

Les CISSS peuvent rester, ça nous prend encore une administration régionale pour coordonner les besoins entre un hôpital qui est plus petit et un hôpital qui est plus gros, pour que le plus gros donne des services que l'hôpital plus petit donne pas. Ça c'est tout à fait correct, c'est tout à fait normal, mais les opérations courantes, c'est-à-dire est-ce que l'employé est rentré ce matin, est-ce que les [horaires] sont faites à temps, est-ce que l'imprimante a été changée, tout ça c'est de la poutine, ce sont des opérations, et les opérations doivent être faites par de gens qui ont leurs bureaux directement dans les hôpitaux. »

Dr Thérèse Perreault

Médecin spécialiste retraitée, proche aidante

Réseau de la santé : le mastodonte bureaucratique, Caroline Touzin et al, La Presse, 2 mai 2020

Lorsqu'elle a entendu François Legault annoncer que les proches aidants pourraient retourner au chevet de leur parent en CHSLD, Thérèse Perreault a vu le bout du tunnel.

Avant la pandémie, elle avait cessé de travailler comme médecin spécialiste pour prendre soin de sa mère de 91 ans, hébergée au CHSLD Saint-Henri à cause de son Alzheimer. « J'étais là du matin au soir, et on avait établi une surveillance de nuit ». Elle était donc au premier rang pour regagner sa place auprès de sa mère, qui devait alors être attachée pour éviter qu'elle erre dans le centre.

C'était sans compter sur le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, qui gère l'établissement.

Malgré de multiples appels, Mme Perreault n'a jamais pu obtenir de ligne directrice claire : le CHSLD attendait des instructions du CIUSSS (« il n'y a rien de local, tout est tellement centralisé », déplore-t-elle), alors que le CIUSSS ne rappelait pas.

Thérèse Perreault, qui a été cheffe de service dans un grand hôpital montréalais, croit comprendre ce qui se tramait dans les corridors de l'organisation. « Dans le CIUSSS du Centre-Sud, il y a l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal [avec un grand nombre de cas de COVID-19] et le CHSLD Saint-Henri [avec peu de cas] », a-t-elle expliqué. Or, « ils doivent faire les mêmes règlements pour les deux places, alors qu'ils sont dans des positions bien différentes ».

« Ce que je déplore, c'est qu'il y a des annonces qui sont faites » sans se concrétiser. Il n'y a rien de pire que de se faire donner un espoir lorsqu'après, on a l'impression de se faire niaiser. [...] J'aimerais que ce soit clair. Mais à qui je dis ça dans le CIUSSS ? »

« Si j'étais là, elle n'aurait pas besoin d'être attachée. C'est triste, c'est triste », a laissé tomber Thérèse Perreault, la voix éraillée par l'émotion. Émue, mais pas désespérée : « Ma responsabilité de fille, c'est de me battre pour ma mère. »

Dr Jean-Simon Létourneau

Médecin spécialiste de la médecine d'urgence à l'Hôtel-Dieu de Lévis, CISSSCA

Réseau de la santé : le mastodonte bureaucratique, Caroline Touzin et al, La Presse, 2 mai 2020

Dr Jean-Simon Létourneau a répondu à l'appel du premier ministre François Legault le jour même où ce dernier a demandé aux médecins spécialistes d'aller faire du « travail humanitaire » en CHSLD.

« L'appel du premier ministre m'a touché même si c'était un peu maladroit. Je ne connais rien au travail des préposés et des infirmières, mais si on m'interpelle directement comme le PM l'a fait, c'est mon devoir d'y aller. »

Le médecin spécialiste a suivi la procédure établie en remplissant un formulaire auprès de sa fédération médicale. Il était disponible à temps plein – et ce, pour une durée deux semaines – à partir du 27 avril 2020. Or, il n'a reçu aucune nouvelle. Aucun appel d'un CISSS vérifiant ses disponibilités. Rien.

Dans les jours qui ont suivi, le premier ministre a précisé qu'il cherchait des médecins à temps plein et que les transferts entre régions étaient possibles. Le Dr Létourneau s'est dit qu'il recevrait un appel, puisqu'il travaille dans une région moins touchée par le virus (Chaudière-Appalaches). Ça n'a pas été le cas.

« Il y a visiblement un problème. Le réseau de la santé est incapable de lier les offres de contribution aux besoins du terrain. »

Ce spécialiste de la médecine d'urgence compare la situation à une battue pour retrouver un enfant disparu. « Tu ne vas pas te mettre à demander aux volontaires de remplir des formulaires et d'attendre l'appel d'une centrale, décrit-il. Tu leur donnes un point de rendez-vous où ils s'inscrivent et ils se mettent tout de suite à chercher. »

« Il aurait fallu décentraliser pour que les soignants puissent s'inscrire auprès de l'établissement dans le besoin le plus près. L'aide rentre au compte-gouttes alors qu'on parle de gens qui ne sont pas hydratés, pas nourris. C'est terrible ! »

Dr Howard Bergman

Professeur de médecine de famille, Université McGill; Membre de la Commission Clair (2000); Auteur du Plan Alzheimer du Québec (2009)

Constats et pistes pour l'avenir de notre système de santé, Howard Bergman, La Presse, 5 mai 2020

« Alors que nous sommes encore au cœur de la tempête, il me semble important de réfléchir dès maintenant aux leçons que nous pouvons tirer pour améliorer les bases de notre système de santé.

La pandémie de COVID-19 a souligné plusieurs aspects positifs de notre système de santé. Les gouvernements et les partis politiques ont généralement mis de côté leurs différends. Les décisions sont fondées sur les données disponibles les plus fiables en santé publique. Les travailleurs de la santé réagissent avec abnégation. Les innovations sont rapidement mises en œuvre. On observe un niveau élevé de solidarité sociale.

Cela peut s'expliquer par le fait que le Canada dispose d'un système de santé universel à payeur unique qui repose sur la notion suivante : la santé est une valeur sociale et non une denrée marchande. Chaque province comporte un système de santé intégré capable de mobiliser des ressources humaines et physiques. Il existe des structures solides de soins primaires et spécialisés.

Pourtant, tout n'est pas parfait. La stratégie initiale visant à protéger la structure hospitalière a fonctionné. Mais ce sont les conditions déplorables des personnes âgées dans les CHSLD et les résidences qui nous ont heurtés de plein fouet.

Il est tragique, sans être surprenant, que la grande majorité des décès dus au coronavirus se produisent chez les personnes très vulnérables des CHSLD et des résidences. Il est surtout déchirant de les voir vivre et mourir dans des conditions inacceptables, coupées de leur famille, puis inhumées sans accompagnement ; soignées par du personnel débordé, mal protégé et à court de ressources.

Il ne fait aucun doute que cette crise est dévastatrice.

Toutefois, il existe des facteurs structurels qui expliquent pourquoi nous avons réussi à maîtriser la crise dans le réseau hospitalier, mais beaucoup moins dans d'autres secteurs.

Notre système de santé n'est pas aussi universel et complet qu'il devrait l'être. Alors que les services hospitaliers et médicaux sont couverts sans qu'il soit nécessaire de payer de sa poche, les soins de longue durée communautaires et institutionnels sont à la fois universels et sélectifs : ils combinent la couverture publique et la contribution privée.

La crise actuelle démontre également l'impact des politiques liées au financement, à l'organisation et à la gouvernance du système de santé, politiques adoptées par tous les gouvernements depuis de nombreuses années.

Absence de marge de manœuvre

La planification budgétaire prévoit les ressources humaines et matérielles tout juste suffisantes à un système qui, par ailleurs, n'a ni réserve ni marge de manœuvre. Par exemple,

les lits d'hôpitaux sont toujours occupés à plus de 100 %. Le financement sous-optimal se fait surtout sentir dans les CHSLD où les conditions de vie donnent lieu à un débat pathétique sur la pertinence d'un deuxième bain par semaine. Dans de nombreux cas, les installations physiques sont obsolètes.

L'augmentation rapide des cas de COVID-19 dans les quartiers pauvres et densément peuplés de Montréal met en relief la récente réduction de 30 % du budget de la Santé publique au Québec.

Les gouvernements successifs ont décidé que l'efficacité exigeait une centralisation et une micro gestion fortes. Les fusions massives des CISSS/CIUSSS ont entraîné le désengagement et la perte du sentiment d'appartenance des communautés et des travailleurs de la santé.

Ces décisions ont conduit à l'incapacité des établissements à adapter leurs actions aux besoins locaux et ont réduit leur capacité à réagir aux crises.

À la fin de cette crise, la population s'attendra à ce que nous tirions des leçons précieuses de cette expérience. Voici quelques-unes des questions clés qui seront au centre du débat public:

- les dépenses en santé qui favorisent des soins de qualité et une santé publique robuste sont des investissements qui contribuent à la fois au bien-être de la population et à la croissance et la protection de l'économie ;
- les soins à domicile et les soins de longue durée, ainsi que les services de proximité tels que la dentisterie, la réadaptation, la psychologie et les services sociaux font partie intégrante du système de santé public, tout comme les services médicaux et hospitaliers ;
- un système de santé solide est ancré dans une gouvernance locale forte, avec un engagement et une responsabilisation de la population et de la communauté.

Il n'y a pas de solutions simples. Mais nous pouvons travailler à changer le paradigme du système de santé. La crise nous offre une occasion unique d'organiser une discussion publique sérieuse et transparente. »

Dr Martin Juneau

Cardiologue, Institut de Cardiologie de Montréal

Compte Twitter du Dr Martin Juneau, 5 mai 2020

« J'ai été 4 ans DSP de 2000 à 2004 puis 2 ans de 4/2018 à 4/2020, il y a une détérioration évidente: trop centralisé maintenant avec fonctionnaires autoritaires et déconnectés qui gèrent trop de dossiers complexes. Très peu d'autonomie de décision locale. »

Dr Jacques Godin

Pneumologue à la retraite, Hôtel-Dieu de Sorel-Tracy, CISSSME

L'Hôtel-Dieu de Sorel, l'«enfant pauvre» du CISSS de la Montérégie-Est, Caroline Touzin, La Presse, 5 mai 2020

« Ce n'est pas compliqué, depuis la création du CISSS, des postes de décision locaux, il n'y en a plus à l'Hôtel-Dieu de Sorel. Nous avons perdu nos pouvoirs locaux. »

« Plusieurs cadres se promènent désormais entre les trois hôpitaux du CISSS. Les distances sont longues si bien qu'on assiste à un phénomène de porte tournante. Dès que ces cadres peuvent appliquer sur un poste où ils n'ont pas à voyager, ils quittent leur poste. »

Le Dr Jacques Godin – aux côtés du maire de Sorel-Tracy – a mené plusieurs combats contre certaines décisions prises par le CISSS ou par le ministère de la Santé qu'il jugeait inéquitables envers l'hôpital local. À titre d'exemple, en 2017, la population de Sorel-Tracy et de grands donateurs avaient réuni les 231 000 \$ nécessaires pour équiper l'hôpital d'un appareil « EBUS » permettant de diagnostiquer les cancers du poumon. Or, le ministère de la Santé avait décidé qu'ils n'en avaient pas besoin.

« On a fini par l'avoir, mais ça a été une très longue bataille, très frustrante », décrit le Dr Godin, qui craint que l'hôpital local perde – à moyen terme – plusieurs spécialités médicales.

Dr Marie-Claude Blouin

Médecin ophtalmologiste, Hôtel-Dieu de Sorel-Tracy, CISSSME

L'Hôtel-Dieu de Sorel, l'«enfant pauvre» du CISSS de la Montérégie-Est, Caroline Touzin, La Presse, 5 mai 2020

Des pressions pour une gouvernance locale à l'Hôtel-Dieu, Sébastien Lacroix, Les 2 Rives, 11 mai 2020

Quand la Dre Marie-Claude Blouin – ophtalmologiste à l'Hôtel-Dieu de Sorel – a eu besoin d'aiguilles pour un appareil oculaire, elle savait que ça allait être long – très long – pour que le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Est lui fournisse le bon modèle. Ce n'est pas parce qu'il est difficile de se procurer ce matériel. C'est plutôt parce que depuis la création des CISSS et des CIUSSS, à la suite de l'adoption de la loi 10 par le gouvernement libéral en 2015, les approvisionnements et les achats doivent se faire par l'entremise de l'hôpital Pierre-Boucher de Longueuil – situé à 75 km de là.

Depuis la « réforme Barrette » (du nom de l'ancien ministre de la Santé Gaétan Barrette ; père de la loi 10), trois hôpitaux – Hôtel-Dieu de Sorel, Honoré-Mercier de Saint-Hyacinthe et Pierre-Boucher de Longueuil – sont sous l'égide du CISSS de la Montérégie-Est.

Ainsi, pour obtenir les fameuses aiguilles, cela a pris... un an.

« C'est tellement décourageant. Les différents fonctionnaires se renvoyaient la balle, commandaient le mauvais [article], on recommençait la ronde de la demande d'achat, bref un an s'est écoulé avant de pouvoir obtenir les fameuses aiguilles et pouvoir enfin offrir le soin aux patients. En temps normal, avant la réforme Barrette, j'aurais pu, avec mon infirmière de clinique externe, commander moi-même l'[article] et nous l'aurions obtenu en moins d'un mois.

Notre établissement, depuis la réforme Barrette, a perdu toute forme de gouvernance locale. Notre réalité est exactement celle dépeinte dans votre reportage, à puissance 1000. Et pas seulement en période de pandémie. L'hôpital Hôtel-Dieu de Sorel est l'enfant pauvre du CISSS de la Montérégie-Est. On assiste à un effritement de l'offre de soins à notre établissement au profit des deux autres hôpitaux gérés par le même CISSS.

En tant que professionnels œuvrant dans le milieu de la santé, nous sommes témoins jour après jour de gestionnaires complètement empêtrés dans une bureaucratie paralysante et qui deviennent totalement déconnectés des enjeux et besoins concrets des usagers. Il devient impératif de regagner un pouvoir décisionnel local à chaque établissement. »

La docteure Marie-Claude Blouin a réclamé au député de Richelieu, Jean-Bernard Émond, la mise en ligne, sur le site de l'Assemblée nationale, d'une pétition exigeant le retour d'une gouvernance locale à l'Hôtel-Dieu de Sorel. C'est ainsi et ainsi seulement, croit-elle, que la santé reprendra le pas sur la bureaucratie.

« Les CISSS et les CIUSSS créés sous la réforme Barrette se révèlent être de véritables monstres administratifs. Les hauts administrateurs n'ont plus la connaissance du terrain et de la réalité propre à chaque établissement avec les besoins particuliers de la clientèle des communautés qu'ils desservent.

La réforme Barrette est en partie responsable du chaos qui se joue dans les CHSLD en cette période de pandémie. Il n'est pas étonnant de voir le réseau flancher, puisque les mégastuctures administratives n'ont pas la souplesse de pouvoir réagir promptement et de s'adapter aux situations d'urgence. »

Sa position a été adoptée par le conseil municipal de Sorel-Tracy, lors de la séance du 4 mai 2020. Les élus ont en effet voté unanimement une résolution demandant de redonner une structure administrative propre à l'Hôtel-Dieu de Sorel comme à chacun des établissements du Québec.

Tout comme le stipule la pétition, le conseil revendique d'avoir un directeur général, un conseil d'administration, un commissaire aux plaintes, un comité des usagers, un directeur des services professionnels pour que chaque établissement de santé retrouve sa capacité et sa légitimité à s'autogérer et s'auto administrer.

Voici la pétition qui a été mise en ligne le 11 juin 2020 :

Décentralisation du système de santé du Québec afin de favoriser une gouvernance locale

CONSIDÉRANT QUE la centralisation du système de santé et de services sociaux, découlant de la réforme de 2015, a privé les régions, dont celle de Sorel-Tracy, de l'autonomie nécessaire pour répondre adéquatement aux besoins et aux priorités de la population;

CONSIDÉRANT QUE cette centralisation des pouvoirs a entraîné une déconnexion entre les centres décisionnels et les lieux où sont dispensés les services;

CONSIDÉRANT QUE la lourdeur administrative actuelle est un obstacle à l'efficacité de la dispensation des soins de santé et de services sociaux dans les régions;

CONSIDÉRANT QUE l'absence de gouvernance et de direction locales prive les établissements d'une autonomie indispensable à l'administration de soins adaptés à leur clientèle, en fonction de leurs besoins et caractéristiques propres;

CONSIDÉRANT QUE les établissements de proximité n'ont pas l'autonomie budgétaire nécessaire pour s'autogérer, en fonction des réalités particulières de leur milieu;

CONSIDÉRANT QUE les organisations du travail locales et les différents salariés souhaitent, par une décentralisation, participer et être impliqués dans les décisions en fonction du réel besoin du personnel de la santé et des services sociaux ainsi que des usagers;

Nous, soussignés, demandons au gouvernement du Québec de procéder à une décentralisation du système de santé en redonnant à chaque établissement de santé du Québec une gouvernance locale, ainsi qu'un réel pouvoir décisionnel et de conférer une plus grande autonomie aux établissements de façon à réellement mettre le patient au cœur du système et accroître l'adéquation entre les soins dispensés et les besoins de la population.

La période de signature de la pétition s'est terminée le 11 septembre 2020 et a récolté 2994 signatures. Elle a été officiellement déposée en chambre par M. Jean-Bernard Émond.

<https://assnat.qc.ca/fr/exprimez-votre-opinion/petition/Petition-8437/index.html>

Dr Léon Dontigny

Médecin retraité (Chirurgien cardio-vasculaire et thoracique)

Le bon diagnostic et le bon traitement, La Presse, Léon Dontigny, 25 juin 2020

« Le premier ministre François Legault a posé le bon diagnostic lorsqu'il a qualifié le système de santé québécois de « monstre ». Sur le plan structurel, le ministère est une forteresse imprenable, et sur le plan organisationnel, un dysfonctionnement érigé en système.

Comme tous les systèmes de santé publics, ce qui leur est le plus dommageable sont ces réformes de structures qui, chaque fois, déstabilisent tous les travailleurs de la santé et amplifient la complexité de la gestion. Ça été le cas dans les années 90 et encore une fois avec le gouvernement sortant : un premier ministre qui est préoccupé par son budget et un ministre de la Santé qui veut faire ses réformes à tout prix. Le premier tandem a été un désastre et le deuxième, un désastre annoncé, s'est manifesté lors du cafouillage de la pandémie. Voilà pour le diagnostic.

Maintenant le traitement. Pour avoir œuvré durant 40 ans dans le système public auquel je crois et que j'essaie de défendre, j'espère ne pas revoir une nouvelle réforme de mon vivant. Il existe des structures idéales qui ne fonctionnent pas parce qu'elles sont mal gérées et des structures bancales qui fonctionnent parce qu'elles sont bien gérées.

D'entrée de jeu, cette fameuse phrase, qu'on croirait venir du ministre sortant (« [...] mettre au pas les PDG des CISSS et des CIUSSS »), se dirige vers le même mur.

Si le nouveau ministre est un véritable gestionnaire, il pourra le démontrer en se faisant rassembleur et rassurant. Les problèmes sont sur le terrain et les solutions sont sur le terrain.

Je sais d'expérience qu'il y a beaucoup de gens dans le système qui veulent que ça fonctionne, mais encore faut-il leur donner les coudées franches.

Un bon gestionnaire est un leader qui fait confiance et amène les équipes à travailler ensemble, à s'entraider dans un climat de détente et de respect mutuel. Le système de santé est un milieu de vie particulier où les services se distribuent d'humain à humain, et l'atmosphère de travail doit refléter ce caractère humain encouragé et supporté d'en haut.

Christian Dubé, à qui on attribue beaucoup de talent comme gestionnaire, doit descendre de son piédestal ministériel et venir à la rencontre de ses gestionnaires institutionnels et redonner au système de santé son statut de réseau centré sur les services aux patients et tous les patients.

En cette année du cinquantenaire du système de santé dont s'est dotée avec fierté la population du Québec, l'apaisement serait un bon départ et un beau cadeau. »

Dr Sophie Zang et Dr Catherine Richer

Médecins et co-chefs adjointes hébergement, CIUSSS Centre-sud-de-l'île-de-Montréal

La dignité pour nos collègues et nos patients en CHSLD, La Presse, 28 juin 2020

« Chers Monsieur Legault, Monsieur Dubé et Madame Blais,

Depuis des années, bien avant la COVID-19, les voix des soignants, des gestionnaires, des familles et des comités de résidents s'élevaient pour dénoncer les conditions des CHSLD. Elles n'ont pas été écoutées. Les médias et les politiciens ont préféré parler de deuxième bain et de menus, mettre des pansements sur quelques bobos, puis passer à autre chose. Il a fallu la pandémie et un nombre tragique de décès pour que le sort des personnes âgées hébergées fasse les manchettes et que soit entamée une réelle conversation publique sur les défaillances du système québécois, dont les CHSLD – non par hasard – ont fait piètre figure dans le monde.

Nous, médecins réguliers et dépanneurs en CHSLD, tenons à profiter de ce moment historique et cette tribune pour passer un message au gouvernement : il n'y aura plus de retour possible aux temps pré-COVID-19. Il faut que ça change, et vite.

Travaillant également en clinique, à l'urgence, aux soins à domicile, en soins palliatifs et à l'hospitalisation, nous sommes témoins depuis trop longtemps d'un double standard dans le réseau, parfois au sein même d'un CISSS/CIUSSS, en défaveur du secteur hébergement.

Alors que les hôpitaux ont le droit à des surplus de personnel, on nous l'interdit. Alors que des hôpitaux tertiaires sont construits à coup de milliards, nous n'avons même pas les équipements médicaux de base pour fonctionner au quotidien. Alors que des embauches

importantes ont lieu en GMF, nous sommes en déficit chronique de toutes les classes de professionnel depuis des années. Alors que les cliniques ont des excès de budget informatique qui leur permettent d'acheter des tablettes à tous leurs membres, nous n'avons même pas accès à un ordinateur fonctionnel par unité. Alors que la majorité du réseau est en voie de compléter la transition vers les dossiers électroniques, il n'y a même pas de plan en ce sens pour les CHSLD. Et on en passe.

Le même « deux poids, deux mesures » a été vécu avec la COVID-19. Pendant que les hôpitaux se préparaient pour la guerre, avec le déploiement massif de lits et d'infrastructures, nos centres, par manque d'effectifs et d'équipement, ne pouvaient même pas respecter les mesures de base en prévention et contrôle des infections, comme le personnel dédié à la COVID-19 et la création de zones chaudes. Il y a eu de longs délais avant que nous puissions faire des dépistages et encore d'autres délais avant que nous puissions protéger adéquatement notre personnel.

Entre-temps, le ministère nous sommait de garder les patients infectés et d'éviter à tout prix les transferts hospitaliers. Nous avons répondu à l'appel : nous avons soigné sur place nos patients, même très malades, transformant nos milieux de vie en mini-hôpitaux... souvent au prix du bien-être de notre personnel déjà épuisé. En effet, la tendance vers des soins de plus en plus actifs dans nos CHSLD est amorcée depuis longtemps. Pourtant, il est inconcevable que nous puissions offrir des soins médicaux plus intensifs à des patients plus complexes sans ressources humaines et matérielles supplémentaires. Messieurs Legault et Dubé et Mme Blais, soyons donc clairs pour la suite : nous n'accepterons plus l'inacceptable.

En attendant la deuxième vague, pour éviter une autre tragédie à l'automne, voici des pistes de solutions à déployer d'urgence en CHSLD : des ratios d'effectifs infirmiers et préposés rehaussés et humains, permettant au personnel de ne pas juste donner des soins minimaux, mais des soins optimaux. Des salaires et des conditions de travail attrayants, à la hauteur des demandes des préposés et des infirmières. Une structure de gestion et de ressources humaines permettant la stabilité des effectifs dans un même centre, sans avoir continuellement recours aux mobilités inter-site, au temps supplémentaire obligatoire ou au personnel d'agence. Un rehaussement massif de toutes les classes de professionnels de la santé (techniciens en réadaptation, ergothérapeutes, nutritionnistes, pharmaciens, travailleurs sociaux, éducateurs, intervenants en loisirs) pour une réelle prise en charge multidisciplinaire. Un budget augmenté et flexible pour les équipements médicaux et informatiques, à égalité avec les autres milieux de soins. Des investissements importants et pérennes pour la rénovation des infrastructures existantes, entre autres la transformation des chambres et salles de bain partagées en chambres privées, en plus de la construction de nouvelles infrastructures. Le déploiement du dossier médical électronique. Une gouvernance locale forte et efficace, adaptée à la clientèle de chaque centre.

Si les enjeux soulevés ici, qui sont à la racine de la crise en CHSLD, ne sont pas réglés, la promesse des Maisons des aînés ne s'avérera qu'une illusion, le même fond sous une autre forme.

Tout projet pour personnes âgées devra tenir compte de l'écart formidable entre les services offerts par nos institutions désuètes et les besoins actuels d'une clientèle en grave perte d'autonomie et de plus en plus lourde sur le plan médical.

Par ailleurs, nous sommes très inquiets du rôle que le secteur privé aura à jouer dans les Maisons des aînés, car nous avons vu la catastrophe des CHSLD privés en Ontario et au Québec, où le profit l’a emporté sur le bien-être du personnel et des résidants. Il nous faut une garantie que les enjeux monétaires ne seront plus jamais une excuse pour la piètre qualité des soins.

Chers messieurs Legault et Dubé et Mme Blais, nous les médecins en CHSLD demandons, comme minimum, la dignité pour nos collègues et nos patients. Comme idéal, un traitement juste et égalitaire au sein du réseau de la santé. Longtemps avant la COVID-19, nous étions là pour faire entendre les voix de ces « bâtisseurs du Québec » et nous continuerons à être là, à défendre les plus vulnérables de la société, même quand ce ne sera plus un sujet d’actualité. Si vous ne nous aidez pas à changer les choses, nous serons des centaines à venir cogner à vos portes, avec la population québécoise derrière nous. »

NB : Lettre co-signée par 221 médecins ainsi que par les 200 membres de la Société Québécoise de Gériatrie :

- Dr Ariane Murray, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Stephen DiTommaso, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Raymonde Dupras, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Élise Royer-Perron, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Jean Pelletier, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Annie McNicoll, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Eliane Tassé, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Daniel Murphy, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Caroline Henry, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Emmanuelle Fourestié, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Eric Laperrière, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Amanda Knezevic, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Wahiba Ramtani, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Marc-André Laplante, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Hala Lahlou, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Isabelle Julien, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Catherine Turcot, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Cecile Chaufour, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Mathieu Isabel, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Andrée-Anne Parent, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Nathalie Blouin, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Nathalie Champoux, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Hannah Beattie, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Serge Daneault, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Nadine Cardinal, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Hélène Boyer, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Valérie Haf Gagné, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Gwenaëlle Gabez, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Florence Tremblay, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Bao Phan, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Quoc Hung Lam, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Fanny Parent, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Robert Marchand, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Stefania Echeverry, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Bogdan Batrinu, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Michel Habel, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Daphné Papillon, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Eric Dagher, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Vanessa Purcell Lévesque, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Louise Guay, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Dominique Rompré, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Yuju Yao, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Nathalie Lauzier, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Vincent Morin, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Christina Duong, CIUSSS Centre-Sud
- Dr David Barbeau, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Joëlle Nédélec, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Benjamin Schiff, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Noémie Tremblay, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Benjamin Dubois, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Laura-Anne Danylewick, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Miriam Abdelnour, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Patrice Tremblay, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Nguu Tu Tran, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Ya-Ning Gao, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Huu Phuong Le, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Quang Van, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Minh Thu Vo, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Agnès Cailhol, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Emily Ingram, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Marie-Andrée Bruneau, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Paul Pelletier, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Émilie Tulk, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Andréanne Moreau, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Julie Désalliers, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Louis Dagenais, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Kathy Poulin, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Stéphanie Langevin, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Gaëlle Camus, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Isabelle Larocque, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Alexandra Perreault, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Nicole Beaudry, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Nguyen Hung Vuong, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Marc-André Benoit, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Rosalie Mongeau-Petitpas, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Renee Sayegh, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Kaitlin Wiseman, CIUSSS Centre-Sud
- Dr Andrée Robillard, CIUSSS Nord-de-l’île
- Ginette Champagne, CIUSSS Nord-de-l’île
- Rita Tan, CIUSSS Nord-de-l’île
- Danielle Grandmont, CIUSSS Nord-de-l’île
- Laura Mandjelikian, CIUSSS Nord-de-l’île

- Ariane Laliberté, CIUSSS Nord-de-l'île
- Karelle Dupuis, CIUSSS Nord-de-l'île
- Benoit Brodeur, CIUSSS Nord-de-l'île
- Billee Athalansy Praseuth, CIUSSS Nord-de-l'île
- Laurent Côté, CIUSSS Nord-de-l'île
- Judith Gagnon, CIUSSS Nord-de-l'île
- Albert Hajjar, CIUSSS Nord-de-l'île
- Nadia Baïche, CIUSSS Nord-de-l'île
- Rachel Savage, CIUSSS Nord-de-l'île
- Catherine Blais, CIUSSS Nord-de-l'île
- Geneviève Jacob, CIUSSS Nord-de-l'île
- Andréanne Côté, CIUSSS Nord-de-l'île
- Christiane Roy, CIUSSS Nord-de-l'île
- Gabrielle Décary-Guimond, CIUSSS Nord-de-l'île
- Daniel Nguyen, CIUSSS Nord-de-l'île
- Julie Moreau, CIUSSS Nord-de-l'île
- Anne Bhéreur, CIUSSS Nord-de-l'île
- Ana Focsa, CIUSSS Nord-de-l'île
- Lise Cusson, CIUSSS Nord-de-l'île
- Sarah Grossenbacher, CIUSSS Nord-de-l'île
- Elise Boulanger, CIUSSS Centre-Ouest
- Margaret Hughes, CIUSSS Centre-Ouest
- Nebojsa Kovacina, CIUSSS Centre-Ouest
- Kimberly Munro, CIUSSS Centre-Ouest
- Devin Hopkins, CIUSSS Centre-Ouest
- Sarah McBoyle, CIUSSS Centre-Ouest
- Micheline Gauvin, CIUSSS Centre-Ouest
- Adriana Decker, CIUSSS Centre-Ouest
- Marie Rose Kasbo, CIUSSS Centre-Ouest
- Anna Demanins-Towers, CIUSSS Centre-Ouest
- Eva Eski, CIUSSS Centre-Ouest
- Ben Albright, CIUSSS Centre-Ouest
- Vanessa Pasztor, CIUSSS Centre-Ouest
- Vinh-Kim Nguyen, CIUSSS Centre-Ouest
- Adélaïde Doussau, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Julie Choquet, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Julia Chabot, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Julie Martel, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Jessica Kovitz-Lensch, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Anna De Pauw, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Hugo Viladevall, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Liqin Xu, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Marie Josée Saine, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Serge Gingras, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Caroline Champagne, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Marie-Christine Godin, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Dominique Langevin, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Coralie Catherine Gervais, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Jessica Svitek, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Ines Tamokwe, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Sandrine Rouette, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Mary Francispillai, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Marie-Caroline Piché, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Naser Pighon, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Taxiarrhoola Giannellis, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Margarita Riano, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Geneviève Brooks Legault, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Cristina Fasie, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Chantal Sylvestre, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Dominique Duchesne, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Fruth Imgard, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Khac Minh Nguyen, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Béatrice Grunbaum, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Inas Malaty, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Barbara Black, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Mohunlall Soowamber, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Christiane Jasmin, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Geneviève Richer, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Anne-Marie Dollois, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Catherine Haskins, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Catherine Duong, CIUSSS Ouest-de-l'île
- David Benros, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Justine Laforest, CIUSSS Ouest-de-l'île
- Sylvain Thibaudeau, CIUSSS Estrie-CHUS
- Michael Stiffel, CIUSSS Estrie-CHUS
- Hugues Allard-Chamard, CIUSSS Estrie-CHUS
- Catherine Vanasse, CIUSSS Estrie-CHUS
- Véronique Bernier, CIUSSS Estrie-CHUS
- Caroline Blanchard, CIUSSS Estrie-CHUS
- Marie-Josée Hotte, CIUSSS Estrie-CHUS
- Marina Comamala, CIUSSS Estrie-CHUS
- Anne-Marie Boire-Lavigne, CIUSSS Estrie-CHUS
- Benoit Carignan, CIUSSS Estrie-CHUS
- Nicholas Tzouannis, CIUSSS Estrie-CHUS
- Margaret Frain, CIUSSS des Laurentides
- Delphine Boury-Simoes, CIUSSS des Laurentides
- Renée-Claude Gélinas, CIUSSS des Laurentides
- Suzanne Lebel, CIUSSS des Laurentides
- Annie Bohamed, CIUSSS des Laurentides
- Caroline Leblond, CIUSSS des Laurentides
- Zahi Khoury, CIUSSS des Laurentides
- Dominique Jolicoeur, CIUSSS des Laurentides
- Sandrine Lascombes, CIUSSS des Laurentides
- Marie Christine Lepage, CIUSSS des Laurentides
- Annie Jasmin, CIUSSS des Laurentides
- Francis Paquette, CIUSSS des Laurentides
- Janic Bergeron, CIUSSS des Laurentides
- Thérèse Nguyen, CIUSSS de Laval
- Annik Desfossés, CIUSSS de Laval
- Rita Injoyan, CIUSSS de Laval
- Chloé Courteau-Vézina, CIUSSS de Laval
- Luc De Garie, CIUSSS de Laval
- Louise Roy, CIUSSS de Laval
- Nathalie Bertrand, CIUSSS de Laval
- Isabelle Lachance, CIUSSS de Laval
- Mostafa El-Diwany, CIUSSS de Laval
- Chantal Dufresne, CIUSSS de Laval
- Mylène Sergerie, CIUSSS de Laval
- Catherine Marquis-Germain, CIUSSS de Laval
- Jean Rivest, CIUSSS de Laval
- Tu Anh Nguyen, CIUSSS de Laval
- Diem Hong Nguyen, CIUSSS de Laval
- Katherine Roberge, CIUSSS de Laval
- Chantal Rondeau, CIUSSS de Laval
- Margaret Pearson, CIUSSS de Laval
- Cloé Poulin-Groulx, CIUSSS de Laval
- Zahra Ramji, CIUSSS de Laval
- Nadine Gauthier, CIUSSS de Lanaudière
- Daphnée Desjardins Deschênes, CIUSSS de Lanaudière
- Darylne Put, CIUSSS de Lanaudière
- Liliane Issa, CIUSSS de Lanaudière
- Anne Marie Bernier-Dutrisac, CIUSSS de Lanaudière
- Cassandre Latourelle-Théberge, CIUSSS Montérégie Est
- Julie-C Michaud, CIUSSS Montérégie-Centre
- Marie-Claude Boucher, CIUSSS Montérégie-Ouest
- Didier Bloch, CIUSSS Montérégie-Ouest
- Catherine Bélanger, CIUSSS Montérégie-Ouest
- Andréanne Leclerc, CIUSSS Montérégie-Ouest
- Marie-Chantal Piché, CIUSSS Montérégie-Ouest
- Gabriel Lauzière, CIUSSS Mauricie-Centre-du-Québec
- Kassandra Tardif, CIUSSS Mauricie-Centre-du-Québec

- Mathieu-Jacques Daneault, CIUSSS Mauricie-Centre-du-Québec
- Joëlle Proulx-Therrien, CIUSSS de l'Est-de-l'Île
- Anne-Marie Tourville Poirier, CIUSSS de l'Est-de-l'Île
- Marianne De Grâce, CIUSSS Capitale-Nationale
- Anne-Marie Lambert-Perrault, CIUSSS Capitale-Nationale
- Marc Forget RRSSS Nunavik RRSSS Nunavik
- Erin O'Ferrall, CUSM
- Céline Laferrière, CHUSJ
- Isabelle Descoteaux, CISSS du Bas-St-Laurent
- Lynne Foucault, CISSS Outaouais

Dr Marie-Ève O-Fromentin

Médecin de famille à La Pocatière et membre du comité citoyen Mes Soins Restent ICI, CISSS du Bas St-Laurent

Des médecins veulent ravoir un gestionnaire par hôpital, Stéphanie Gendron, Le Placoteux, 10 novembre 2020

« Depuis la centralisation à Rimouski, la prise de décisions a été ralentie. C'est tellement lourd, tout doit passer par Rimouski. Avant que les consignes redescendent dans nos milieux à nous et soient adaptées pour être applicables, eh bien il y a la décision ministérielle et deux semaines plus tard, on voit comment l'appliquer sur le terrain.

D'avoir un gestionnaire sur place dans chacun des hôpitaux du Bas-Saint-Laurent, ce serait très aidant. Même s'ils sont chapeautés par un CA plus régional, si au moins localement il pouvait y avoir des gestionnaires imputables, on serait gagnant. »

Aussi, les médecins travaillent à recréer une instance locale du Conseil des médecins, pharmaciens et dentistes, soit un groupe de discussion réunissant ces professionnels pour chaque hôpital et non un seul pour tout le CISSS du Bas-Saint-Laurent.

« Ça faisait des réunions à 500 personnes qui étaient hautement inefficaces par rapport à ce qu'on avait avant, où chaque ressource locale pouvait faire sa rencontre et régler ses problématiques directement liées à l'hôpital en question », d'ajouter Mme Fromentin. En termes clairs, le Regroupement québécois de médecins pour une décentralisation du système de santé réclame un directeur général adjoint et un directeur des services professionnels pour chacun des centres hospitaliers de soins aigus, ainsi que la réinstauration d'un Conseil de médecins dentistes et pharmaciens local, ainsi que des chefs de départements locaux, et de leur redonner pleine autorité sur l'administration locale. « Cette action corrigera une problématique importante déplorée depuis longtemps qui porte une atteinte sérieuse à la qualité et l'accessibilité des soins et assurera la pérennité des installations de santé du Québec », conclut-on.

« Le comité citoyen auquel je participe depuis 4 ans a fait une sortie publique cette semaine après avoir déposé un mémoire sur les soins de santé en région. Nous recommandions la décentralisation de la gouvernance en santé. Je crois que notre mémoire rejoint vos préoccupations. Je vous fais donc parvenir notre communiqué de presse et le mémoire distribué aux 4 partis politiques ainsi qu'aux 4 syndicats des professionnels de la santé actifs dans notre région. »

Références dans les médias:

<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1787855/soins-sante-kamouraska-comite-memoire-charte-consultation-plq?fbclid=IwAR2Eid-KjRYgkvAnbmO4Sh4UIEhpZ0HrP22nOAH3JHIOY1YZu9NmRcWVrSw>

Dr Danielle Perreault

Médecin de famille, St-Jérôme, CISSSLau

« La lourdeur du système m’a jetée à terre », Rima Elkouri, La Presse, 18 décembre 2020

Au bout du fil, la Dre Danielle Perreault tousse à s’arracher les poumons. Hospitalisée à l’unité COVID-19 de l’hôpital Notre-Dame, atteinte d’une forme sévère de la maladie, la médecin, qui en a vu d’autres dans ses missions humanitaires à l’étranger, dont deux en pleine épidémie d’Ebola, ne peut s’empêcher de souligner l’absurdité de sa situation.

Elle n’a pas attrapé l’Ebola en Afrique. Mais elle a contracté la COVID-19 au Québec.

« Avoir fait le tour du monde dans toutes mes aventures et me retrouver menacée ici, dans une société d’abondance, ça m’insulte... », laisse tomber la médecin et chroniqueuse bien connue du public, qui a justement publié cet automne un livre racontant ses expériences humanitaires.

Entre deux quintes de toux, la Dre Perreault a accepté de me parler de son lit d’hôpital, jeudi. Non pas pour se plaindre de son propre sort, qui est celui de nombreux travailleurs de la santé exposés à la COVID-19 au quotidien. Mais parce qu’elle a été choquée de constater sur le terrain des ratés dans la gestion de la pandémie alors que l’on devrait, en principe, avoir tiré plus de leçons de la première vague.

Choquée par la lourdeur bureaucratique

Choquée que, 7635 morts plus tard, avec tous les moyens et les connaissances dont nous disposons au Québec, alors que le mode d’emploi pour prévenir le pire existe, on tolère une situation intolérable.

Pour elle qui a soigné du nord au sud et fait face à d’autres épidémies meurtrières, il y a là quelque chose d’absolument inconcevable qui devrait à tout prix faire l’objet d’une enquête publique.

« J’ai été très déçue que dans une société d’abondance, on ait des ratés semblables. Voir la lourdeur du système de santé m’a complètement jetée à terre. C’est incroyable que les gens ne se parlent pas dans tout ce système de santé. Ça me scandalise totalement... »

La Dre Perreault a attrapé la COVID-19 alors qu’elle donnait un coup de main dans un CHSLD privé de Pierrefonds, le Manoir de l’Ouest de l’île, où une éclosion a emporté 22 résidents et où 31 résidents sont actuellement infectés.

Elle est arrivée dans ce CHSLD le samedi 28 novembre, dans le cadre de son travail avec la brigade de prévention des infections de la Santé publique — une équipe merveilleuse, souligne-t-elle, dont le travail a été récemment souligné par un prix.

Malheureusement, lorsque la brigade a été appelée, le feu était déjà pris dans ce CHSLD privé, qui est sous la responsabilité du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Une dizaine de résidents étaient déjà atteints par le virus. « Les gestionnaires sur place étaient en panique. Ils étaient eux-mêmes symptomatiques. »

Inquiets, ils cherchaient désespérément de l'aide. « Ce sont des gens qui adorent leurs pensionnaires et qui étaient très préoccupés par la bonne chose à faire et qui paniquaient avec leur perte de personnel. »

Le CHSLD, qui avait été épargné par la première vague, était complètement pris au dépourvu. La direction, malgré toute sa bonne volonté, souffrait de son manque d'expérience. Et huit mois après le début de la pandémie, le travail de prévention en amont qui s'imposait n'avait pas été fait. Même dans le cas d'un CHSLD privé, ultimement, c'est le CIUSSS qui a la responsabilité de la qualité et de la sécurité des soins qui sont donnés sur son territoire.

« Dans des circonstances où les gens sont de bonne volonté, le CIUSSS aurait dû identifier les milieux qui n'avaient pas d'expérience de COVID et qui allaient vraiment être pris les culottes baissées si jamais quelque chose arrivait. »

Très vite, le feu de broussailles est devenu incendie de forêt dans ce CHSLD. Les employés, eux-mêmes infectés, manquaient à l'appel. « À ce moment-là, il aurait fallu que, tout de suite, se mette en place la cellule de crise pour prévoir qu'on se retrouverait avec 60 patients positifs. »

Lorsqu'elle s'est présentée au CHSLD le mercredi matin, la Dre Perreault n'a vu qu'une seule auxiliaire médicale sur place, plus que débordée. « Elle avait réussi à donner les médicaments à 10 % des gens. Et 80 % des patients n'avaient pas été nourris. »

Dans l'urgence, la Dre Perreault et son équipe lui ont prêté main-forte. Le soir même, elle a elle-même commencé à ressentir des symptômes et a dû être hospitalisée trois jours plus tard.

La Dre Perreault déplore la lenteur du CIUSSS pour prendre les mesures qui s'imposaient dans les circonstances. Et elle a été abasourdie de voir à quel point certains gestionnaires, lors des réunions virtuelles, semblaient eux-mêmes complètement démunis dans la situation et déconnectés de la réalité sur le terrain.

« Une gestionnaire du CIUSSS, les solutions qu'elle avait trouvées, c'était de faire rentrer les employés positifs qui n'étaient pas malades, ce qui n'avait absolument aucun sens... Étaient-ce les seules ressources que cette pauvre femme avait ? Elle était tellement mal prise qu'elle essayait de trouver des solutions qui n'en étaient pas. »

Cela ne s'est jamais fait, heureusement. Et finalement, deux heures plus tard, l'alarme a vraiment été sonnée et l'aide d'urgence a suivi. Mais c'était déjà trop tard d'une certaine façon.

« La débandade qu’il y a eue à l’intérieur de quelques jours n’a pas été dépistée rapidement par les instances. Il n’y a pas eu de mécanismes pour dire : “OK, là, je perds mon infirmière-chef. Je perds mon gestionnaire parce qu’il a la COVID. Des préposés partent en courant. Ils n’ont eu aucune formation pour se déshabiller correctement et se contaminent...” Ça, c’est inacceptable dans une deuxième vague. On avait depuis le printemps pour bien préparer les milieux et il y avait une rigueur à mettre en place pour que ce soit fait. »

Certains CIUSSS l’ont fait avec succès, observe-t-elle. « J’ai vu des endroits où on s’était bien préparé dans des CIUSSS où on avait mis en place des structures pour colmater la brèche dès le départ. Alors que d’autres CIUSSS n’ont pas su profiter de l’expérience de leurs collègues.»

Ce qu’elle a appris de son expérience durant l’épidémie meurtrière d’Ebola en Afrique de l’Ouest (en Sierra Leone et en Guinée-Conakry), c’est qu’il faut être rigoureux et extrêmement bien organisé. « Devant ces épidémies, on connaît l’ennemi. On met en place les mesures. On donne de l’enseignement. On applique les mesures avec rigueur. Et on finit par avoir un certain contrôle. Mais ici, c’est tellement éparpillé avec un nombre effarant de niveaux décisionnels. C’est sûr qu’il y a eu des améliorations, avec des CIUSSS qui sont beaucoup mieux organisés, avec la brigade de prévention des infections. Mais ma déception, c’est qu’il y a quelque chose de terriblement malsain qui est perpétué dans la façon dont la Santé publique est organisée. »

Que faudrait-il faire pour corriger le tir ? « J’aimerais vraiment qu’il y ait des mécanismes obligatoires pour arrêter de travailler en silos, une meilleure communication et une plus grande humilité des gestionnaires afin qu’ils profitent de l’expérience des autres. »

Ses missions humanitaires lui ont appris que ce travail en collaboration est parfaitement possible, même lorsque les intervenants sont nombreux.

« Si on peut le faire en Afrique, pourquoi ne peut-on pas le faire ici ? »

Dr Denis Soulières

Hématologue et oncologue médical, CHUM

Le modèle politique de gouvernance doit évoluer, Denis Soulières, La Presse, 27 février 2021

« Il faut de 6 à 12 ans pour former un médecin, selon sa spécialisation. Nonobstant, le médecin acquerra encore compétence et confiance en cours de pratique. L’expertise médicale vient aussi du nombre : aucun médecin ne possède toutes les aptitudes, mais la variété permet d’offrir la couverture la plus adéquate dans un système public en concordance avec connaissances et ressources.

Ceci est un portrait idyllique. L’organisation médicale n’est pas si adéquatement hiérarchisée pour desservir la population, par manque de structure et de ressources. Oui, le système de santé manque de structure, même si les critiques le qualifient de grosse machine indomptable ! La paucité de structures cohérentes origine des lieux de décision. À l’instar d’autres ministères, la mission du système de santé est modulée par les impératifs politiques plutôt que des besoins établis sur des données vérifiables et compilées.

Certains considèrent que les dirigeants politiques doivent intervenir directement auprès des structures pour gérer leur ministère. À mon avis, cela est contre-productif. Si les dirigeants des institutions de la santé doivent au quotidien agir selon des politiques influencées par les sondages d'opinion et les manchettes, ils délaissent la gestion cohérente qui permet d'assurer l'intégration des actions, voire préparer leur organisation pour les écueils comme des pandémies.

Un Hydro-Québec de la santé

La production d'électricité au Québec est sous la gouverne d'Hydro-Québec. Son modèle d'organisation est relativement indépendant du gouvernement et du politique, bien que le conseil d'administration soit nommé par le gouvernement. Par contre, la mission est claire et définie : produire et fournir une alimentation électrique à tous les foyers québécois. Par une évaluation des besoins planifiée, s'actualisant par un réseau de distribution bien tissé, géré avec compétence, entretenu, en mesure d'assurer son financement ponctuellement et dans la pérennité. Étonnamment, ce modèle ne s'applique pas au système de santé. Hydro-Québec: un modèle québécois de succès. Il faut s'en inspirer pour définir des lieux d'intervention indemnes de teinte politique.

Les dirigeants politiques ne sont pas malveillants, loin de là. Il faut toutefois s'interroger sur leur rôle d'administrateurs publics.

Parce que dans notre système politique, la population élit des représentants locaux qui ont aussi à assumer la charge de ministères. Est-ce que le fait d'être élu investit de compétences au sein de ministères qui dépensent des milliards par année ? Raisonnablement pas, que le gouvernement soit caquiste, libéral, péquiste ou solidaire.

La compétence médicale résulte largement des années multiples pour acquérir le droit de pratiquer, compétence confirmée dans le temps par un ordre professionnel. La science infuse n'existe pas ! De même pour les infirmières, les avocats, les ingénieurs, etc. A contrario, être médecin, avocat ou enseignant n'est pas un prérequis pour devenir ministre en santé, justice ou éducation. La connaissance intéressée d'enjeux ne confère pas les capacités, voire les compétences, pour mener à bien les ministères. Je distingue clairement gestion des ministères de droit et devoir de formuler des orientations et priorités, déposer des projets de lois, superviser les actions des fonctionnaires. Un politicien doit orienter les actions de l'État, mais de là à implanter ses intentions, il y a un gouffre à combler !

Gustave LeBon, médecin, philosophe et anthropologue, a déclaré : la compétence sans autorité est aussi impuissante que l'autorité sans compétence. La crise causée par la pandémie met cela en exergue de façon éclatante.

Nos ministères devraient organiser et prévoir, alors qu'ils passent trop de temps à répondre à des questions politiques, à atteindre des objectifs à courte vue.

Il nous faut des ministres qui génèrent des idées, défendent des budgets, et représentent la population en s'assurant que les fonds investis le soient productivement. Pourquoi ce dernier rôle, historiquement inhérent au mandat de député, a dans le temps, été dévolu de plus en plus au Protecteur du citoyen ?

Pourquoi ne pas favoriser une fonction publique menée par des mandarins de l'État ? Agissant avec compétence et indépendance d'esprit, ils seraient à même d'assurer une continuité malgré le passage des gouvernements et ministres, d'organiser les actions et structures, en mesurer les impacts, sans arrière-pensée politique. Les années passées à connaître le réseau de la santé et y travailler avec les intervenants permettraient d'instaurer une culture de gestion sans peur de la foudre ministérielle.

Dans cet esprit, avec l'émergence de la COVID-19, il aurait été avisé de former un groupe d'experts indépendants, respectés de tous les partis, pour gérer la pandémie, tant dans ses aspects santé qu'économique. Le réel pouvoir, c'est de savoir laisser les personnes les plus compétentes prendre la pôle. Une prévision diligente préalable aurait soulevé les risques associés à la dépendance aux ressources externes en fournitures médicales, médicaments et vaccins. Les dirigeants ont des responsabilités, mais une population qui laisse la gestion de l'État aux aléas des médias et politiciens est aussi responsable.

Les fonctions de ministre et premier ministre sont ingrates. Population et journalistes leur demandent de tout savoir en tout temps et d'agir dans l'immédiat, sans temps pour connaître les faits.

Les élus devraient exercer un leadership plutôt que de s'investir dans le quotidien de ministères. Un tel changement ne pourrait se faire du jour au lendemain. Il demanderait une redéfinition des rôles et responsabilités. Le gouvernement et les événements exigent que la société se réinvente, il serait bon que charité bien ordonnée commence par soi-même.

On cherche des dirigeants qui agissent en bons pères de famille (écrit sans pensée sexiste). Même les pères font des erreurs et ont leurs limites. Pour autant, on aimera encore son parent. La filiation est moins inconditionnelle pour les dirigeants d'un État, justifiant de laisser des experts présenter enjeux et solutions.

Dans une lettre ouverte à La Presse sur la Journée mondiale du cancer, le président de la Société canadienne du cancer et deux signataires, dont Philippe Couillard, suggéraient que la COVID-19 est une occasion de « construire en mieux » face à l'énorme tâche de prendre soin des personnes atteintes d'un cancer souffrant dans l'attente d'un diagnostic et d'un traitement. Des options validées existent, applicables au Québec, sans réinventer la roue, en cessant d'écouter les seuls instincts politiques. »

Dr Karl Fournier

Chef du département de chirurgie du CISSS de la Montérégie-Centre

La maison des fous, prise 2, Francis Vailles, La Presse, 31 mars 2021

« Dix à douze réunions Zoom ou TEAMS par semaine en me demandant toujours : qu'est-ce qu'on fait là ? Le modèle québécois en santé est coincé dans une sempiternelle dichotomie de croyance populaire : public, c'est bon, et privé, c'est satanique. Le modèle public est maintenant tellement lourd que de dire qu'il est accessible est devenu une mauvaise blague. Tous les jours, je rencontre des professionnels de la santé qui veulent démissionner et là, je fais de la psychothérapie de corridor qui finit par se résumer à : "Ce n'est pas en abandonnant

qu'on va régler le problème." Mais j'avoue avoir de plus en plus de difficulté à me convaincre moi-même. »

Dr Hélène Tremblay

Médecin pratiquant en CHSLD

La maison des fous, prise 2, Francis Vailles, La Presse, 31 mars 2021

« Les textes venant de responsables de CIUSSS ne sont pas clairs et portent à confusion. Personne ne conclut la même chose et personne n'est imputable. Une dilution des décisions qui coûte cher ! »

Marjolaine Goudreau et Angelo Soares

Respectivement présidente du RECIFS, et professeur titulaire au département d'organisation et ressource humaine des sciences de la gestion à l'UQAM

Approche « industrielle » dans le réseau de la santé: une enquête publique s'impose, Marjolaine Goudreau et Angelo Soares, La Presse, 5 décembre 2019

« Cette lettre s'adresse aux élus et aux organismes chargés de la protection du public.

C'est dans le silence et l'autoritarisme le plus total que s'achève actuellement l'une des réformes les plus brutales qu'aura connues dans son histoire le système de santé et de services sociaux des Québécois : la transformation complète de son réseau selon les principes de la gestion managériale de type industriel.

Gestion top-down, évaluation du rendement par la reddition de comptes statistique, incitation à la compétition entre soignants, standardisation informatique des protocoles cliniques et privatisation partielle sont quelques-uns des principes de la gestion industrielle du gouvernement actuel.

Or, en avril 2017, rappelons que la Cour supérieure du Québec a condamné un établissement public (CSSS Ahunatic– Montréal-Nord) pour avoir affecté psychologiquement ses employés aux moyens des méthodes de gestion de type Lean. Depuis, à la lumière des témoignages, des enquêtes et des analyses des chercheurs du milieu, tout indique que ce type de gestion continue à l'échelle nationale de causer les mêmes préjudices que ceux dénoncés par la Cour supérieure du Québec.

Alors que le taux historique de détresse psychologique chez les soignants est maintenant un fait démontré, l'heure est venue de solliciter tous les acteurs de la société civile pour faire comprendre comment l'approche industrielle adoptée par le ministère de la Santé et des Services sociaux touche la population et les personnes les plus vulnérables de notre société.

Cette invitation à la contribution de la société civile devient incontournable dans la mesure où le Ministère s'entête à nier la crise actuelle et, surtout, à étouffer la critique des soignants au moyen du « devoir de loyauté ».

Disons-le ici clairement : jamais, historiquement, les soignants n'ont-ils autant souffert qu'aujourd'hui et jamais n'ont-ils été autant bâillonnés.

C'est donc dire que la culture du silence entretenue sciemment par le Ministère fait en sorte que la population ne peut plus compter sur ses premiers répondants pour témoigner des impacts de l'approche industrielle sur les personnes les plus vulnérables.

Pendant que le Ministère continue à individualiser les causes et les solutions liées à la crise actuelle en minimisant les solutions organisationnelles, les soignants, eux, continuent de tomber malades. Sachant que les déficits causés par les congés de maladie doivent être absorbés à même le budget de fonctionnement des établissements, l'inaction du Ministère contribue donc directement à fragiliser les personnes les plus vulnérables de notre société, car c'est toujours dans les soins et les services sociaux qu'on éponge les déficits. Rappelons

ici que les sommes versées par le gouvernement en assurance salaire atteignaient un record historique de 500 millions en 2017.

Face à l'incapacité du Ministère à agir sur la crise des valeurs qu'il a lui-même créée en faisant le choix de l'approche industrielle, on ne peut plus éviter de s'interroger sur les impacts liés à la mobilité des ressources humaines et sur le développement de la privatisation des soins et des services sociaux.

Parallèlement à la crise actuelle, l'on voit en effet de plus en plus apparaître des cliniques privées offrant non plus que des soins médicaux, mais l'ensemble de tous les services psychosociaux dispensés par les professionnels de la santé et des services sociaux. Il va sans dire que moins le Ministère est disposé à agir sur la crise, plus le nombre de soignants qui désertent le réseau public au profit du secteur privé risque d'augmenter.

Enfin, si la méthode de gestion industrielle réussit à faire parler les chiffres, elle excelle tout autant à faire taire les mots.

L'heure est venue, croyons-nous, de revaloriser les savoirs qualitatifs et de remettre au centre du système la parole des soignants et celle des personnes les plus vulnérables.

Nous réclamons dès lors une commission d'enquête publique afin de libérer la parole des soignants et de mettre en place les moyens nécessaires pour évaluer l'impact sur eux de l'approche industrielle ainsi que sur les soins de santé et les services sociaux à la population.

Nous souhaitons interpeller autant la participation des élus provinciaux que des organismes ayant un mandat de représentation et de protection du public. Nous invitons particulièrement ici les ordres professionnels liés au réseau de la santé et des services sociaux à sortir de leur réserve habituelle pour rédiger sous forme de mémoire leurs observations et constats en ce qui a trait aux impacts de l'approche industrielle sur leurs membres ainsi que sur la population. »

Ont appuyé cette lettre :

AQII : Association Québécoise des infirmières et des infirmiers / L'École de travail social et de criminologie de l'Université Laval / RIOCM - Regroupement intersectoriels des organismes communautaires de Montréal / Le Collectif Soignons la justice sociale / Stéphane Grenier, Ts, Ph.D., Président, Association canadienne pour la formation en travail social / Anne Plourde, Coordonnatrice, Coalition solidarité santé / RQIIAC - Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action collective en CISSS et CIUSSS / Claudine Jouny, de l'AEESICQ, Association des enseignants et des enseignantes en soins infirmiers des Collèges du Québec / Mercédez Roberge, Coordonnatrice, Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles / Denis Marcheterrre, Président, Action santé Outaouais / Le Regroupement des aidantes et aidants naturels de Montréal / Martin Robert, TS, Consultant et gestionnaire à la retraite du réseau de la santé et des services sociaux / Linda Paquette, Psychologue, Directrice du module de psychologie, Professeure en psychologie, UQAC / Gilles Rondeau, Professeur émérite, École de travail social, Université de Montréal, Ancien président de l'OTSTCFQ / Michel Seymour, Professeur honoraire, Université de Montréal / Ianik Marcil, économiste indépendant / Dr François Noël, Psychiatre, IUSMM, Professeur adjoint de clinique, Université de Montréal / Dr Robert Perreault, Médecin psychiatre / Dre Claire Chalfoun, Médecin psychiatre / Dr Daniel Bordeleau, Médecin psychiatre / Dr Christian Desmarais, Médecin-Résident, Sième année, Programme de psychiatrie à l'Université de Montréal / Dr Rosemarie Soucy, Médecin, Montréal / Carl Lacharité, Professeur titulaire, Département de psychologie, Directeur Programmes de cycles supérieurs au département de psychologie, Chercheur au CEIDF, au GRIN et à l'IUJD / Jacques Létourneau, Président de la Confédération des Syndicats Nationaux (CSN) / Jean Lacharité, Vice-président de la Confédération des Syndicats Nationaux (CSN) / Conseil régional FTQ Montréal métropolitain / APTS - L'alliance du personnel professionnel et technique de la santé des services sociaux / Christian Rouillard, Professeur titulaire, Directeur et doyen associé, Université d'Ottawa, École d'études politiques, Administration publique et citoyen de Gatineau / Sandra Juneau, Professeur responsable de la formation pratique, Professeur régulier et chercheuse, Unité d'enseignement en travail social à l'UQAC / Élise Milot, Professeure agrégée, Directrice des programmes de premier cycle en travail social et en gérontologie, École de travail social et de criminologie, Université Laval / Isabelle Savard, Enseignante et coordonnatrice en Techniques de travail social, Cégep

St-Jean-sur-Richelieu / Lucie Gélinau, Professeure régulière, Directrice du Module de travail social, UQAR, Campus de Lévis / Michèle Charpentier, Titulaire de la Chaire de recherche sur le vieillissement et la diversité citoyenne, UQAM / Annie Fontaine, Professeure agrégée, Directrice du programme 3ième cycle en travail social et de criminologie, Université Laval / Danielle Boutet, Professeure et directrice des études supérieures en psychosociologie, UQAR / Jean-Philippe Gauthier, Professeur et directeur en psychosociologie, UQAR / Sacha Grenet, Codirecteur et professeur, Module travail social, UQAR / Oscar Labra, Professeur agrégé, Directeur du module de travail social, UQAT / Sacha Genest Dufault, Codirecteur et professeur, Module de travail social, UQAR / Jacinthe Dion, Professeure titulaire, Psychologue, Cotitulaire Chaire de recherche VISAJ, UQAC / Josée Chénard, Professeure, Directrice du Département de travail social par intérim, UQO / Sue-Ann MacDonald, Professeure agrégée, Responsable de la Formation pratique (1e cycle), École de travail social, Université de Montréal, Pavillon Lionel-Groulx / Stéphanie Arsenault, Professeure titulaire, Responsable scientifique de l'ÉDIQ, École de travail social et de criminologie, Université Laval / Denise Bourassa, Responsable des stages en criminologie, Université Laval / Guylaine Duval, Directrice des programmes de cycles supérieurs en sciences comptables, UQAC / Louise Carignan, Professeure agrégée et chercheure, Unité d'enseignement en travail social, UQAC / Geneviève Rail, Chercheure en santé des femmes, Institut Simone de Beauvoir, Concordia / Angèle Bilodeau, Professeure-chercheure titulaire, École de santé publique de l'Université de Montréal / Josée Grenier, Professeure agrégée au département de travail social et responsable de la formation pratique, UQO / Vivian Labrie, Chercheure autonome, Membre de l'équipe de recherche ERASME / Michel Parazelli, Professeur chercheur, UQAM / Mario Paquet, Sociologue et chercheur en santé publique, Retraité du CISSS Lanaudière / Anouk Laporte, Professeure et coordonnatrice de stages, Département de Techniques de travail social, Cégep de St-Jérôme / Marie-Laurence Poirer, Professeure agrégée, École de travail social, Université de Montréal, Équipe de recherche ERASME / Marie-Christine St-Jacques, Professeure titulaire, École de travail social et de criminologie, JEFAR, Université Laval / Laurence Guillaumie, Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Chercheure, Centre de recherche du CHU de Québec, Université Laval / Département de Techniques de travail social du Cégep de St-Jérôme / Département de Techniques de travail social du Cégep régional de Lanaudière à Terrebonne / Marie-Josée Girouard, Coordinatrice du département de Techniques de travail social, Cégep de Trois-Rivières (Appui unanime du département) / Annie Lafontaine, Coordinatrice des stages, Techniques de travail social, Cégep de Trois-Rivières / Jean-François Aubin, Enseignant, Techniques de travail social, Cégep de Trois-Rivières / Josée Annie Cossette, Enseignante, Techniques de travail social, Cégep de Trois-Rivières / Yanick Descheneaux, Enseignant, Techniques de travail social, Cégep de Trois-Rivières / Jean Fournier, Enseignant, Techniques de travail social, Cégep de Trois-Rivières / Chantal Galarneau, Enseignante, Techniques de travail social, Cégep de Trois-Rivières / Caroline Guay, Enseignante, Techniques de travail social, Cégep de Trois-Rivières / Audrey Lacour, Enseignante, Techniques de travail social, Cégep de Trois-Rivières / Joanne Thivierge, Enseignante, Techniques de travail social, Cégep de Trois-Rivières / Isabelle Bouchard, Coordinatrice et agente de stage, Unité d'enseignement en travail social, UQAC / Éric Pineault, Professeur Institut des sciences de l'environnement et département de sociologie, UQAM / Mathieu Mario, Professeur titulaire département de philosophie, Université du Québec à Montréal / Sylvain Montmarquette, Professeur en Techniques de travail social, Cégep Marie-Victorin / Yvon Rivard, Écrivain, Professeur retraité, Université McGill / Anne-Marie Miller, Enseignante en techniques de travail social, Cégep du Vieux Montréal / Jacques Pelletier, Professeur associé Études littéraires, UQAM et auteur / Diane Lamoureux, Professeur associé, Département de science politique, Université Laval / Lorraine Guay, infirmière à la retraite et membre du RÉCIFS / Francis Lagacé, Essayiste, Syndicaliste retraité / Jean-Yves Desgagnés, Professeur en travail social, UQAR / Jennie-Laure Sully, Travailleuse communautaire chercheuse et militante féministe / Patrick Martin, Professeur adjoint, Faculté des sciences infirmières, Université Laval / Geneviève Sicotte, Professeure, Université Concordia / Florence Vinit, Professeure au département de psychologie, UQAM / Dre Michele Tardif, Chirurgienne plastique, Hôpital Maisonneuve Rosemont / Christian Guillemette, Chargé de cours en travail social, UQAR / Raphael Rebelo, Enseignant au Collège Ahuntsic / Pierre Asselin, Travailleur social et psychothérapeute / André Poupard, Avocat et professeur retraité / Annie-Claude Laurin, Infirmière, Étudiante au doctorat, assistante de recherche pour le Dr Patrick Martin / Jacques Caillouette, Professeur titulaire, école de travail social, Université de Sherbrooke / Anne-Marie David, Enseignante retraitée en techniques de travail social / Amélie Perron, Professeure agrégée, Université d'Ottawa / Charlotte Veilleux, Vice-présidente des communications et des événements du Regroupements des étudiants.tes en santé publique de l'université Laval, Assistante de recherche pour le Dr Patrick Martin / Pierre Biron, Professeur honoraire de pharmacologie médicale, Université de Montréal / Linda Roy, Travailleuse sociale et psychothérapeute / Philippe de Grosbois, enseignant en sociologie, Collège d'Ahuntsic / Ina Motoi, Professeur, Département de développement humain et social, UQAT / Stéphane Thellen, Professeur en sociologie, Cégep du Vieux Montréal / Lorraine Gaudreau, Professeure régulière en travail social, UQAR / Myriam Dubé, Professeure école de travail social, UQAM / Jacynthe Godard, Professeure invitée au module de travail social, UQAT / Henri Dorvil, Professeur titulaire, École de travail social, UQAM / Louis Gaudreau, École de travail social, UQAM / Annick Lenoir, Professeure École de travail social, Université de Sherbrooke / Carolyne Grimard, Professeure en travail social, Université de Montréal / Annie-Claude Savard, Professeure agrégée, École de travail social et de criminologie, Université Laval / Patrick Villeneuve, Professeur École de travail social et de criminologie, Université Laval / Robert Peterson, psychologue / Normand Brodeur, Professeur École de travail social et de criminologie, Université Laval / Geneviève Lessard, École de travail social et de criminologie, Université Laval / Isabelle Savard, Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) et Professeure en Sciences Infirmières à l'UQO / Valérie Roy, Professeure titulaire, École de travail social et de criminologie, Université Laval / Kévin Lavoie, Professeur adjoint, École de travail social et de criminologie, Université Laval / Michel Lalonde, Professeur de sociologie de la santé, Programme soins infirmiers, Cégep du Vieux Montréal / Guillaume Perron, Chargé de cours, travail social, UQAR Campus de Lévis / Kheira Belhadj-Ziane, Professeure agrégée, Département de travail social, UQO / Cécile Cormier, Professeure régulière et responsable de la formation pratique Travail social, UQAR, Campus de Lévis / Serigne Toubas Mbacké Gueye, Professeur en travail social, UQAT / Jade Bourdages, Professeure, École de travail social, UQAM / Pierre Pariseau-Legault, Professeur agrégé, Département des sciences infirmières, UQO (Campus Saint-Jérôme) / Anne Légaré, Anciennement professeur à l'UQAM / Sonia Gauthier, Professeure, École de travail social, Université de Montréal / Catherine Bégin Sabourin, Chargée de cours, École de travail social, UQAM / Catherine Flynn, Professeure à l'Unité d'enseignement en travail social de l'UQAC / François Déry, Professeur-invité en travail social à l'UQAT / Michelle Lefebvre, Citoyenne / Valérie Juneau, Travailleuse sociale / Bouchra Taïbi, Chargée de cours,

École de travail social, UQAM / Amélie Maugère, Professeure adjointe, École de travail social, Université de Montréal / Jennifer Perron, Enseignante, Département de Techniques de travail social, Cégep de Saint-Jérôme / Bernard Roy, Professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval / Pierre Fournier, Ex-organisateur communautaire, Chargé de cours en travail social à l'UQAR et à l'UQAT / Dahlia Namian, Professeure, École de service social, Université d'Ottawa / Steve Audet, Travailleur social et psychothérapeute, Centre de Consultation Conjugale et Familiale de Québec / Marc Boily, Travailleur social et médiateur familial, Professeur au module de travail social, UQAR / Miriam Charbonneau, Professeure en Techniques d'éducation spécialisée, Cégep Marie-Victorin / Louise Bélanger, Inf., Ph.D., Professeure, UQO / Martine Cinq-Mars, Psychologue et professeure, Collège Marie-Victorin / Marie-Sophie Villeneuve, Responsable de la mobilisation et des communications, Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles / Hélène Balthazard, Enseignante, superviseuse de stage, Département Techniques d'éducation spécialisée, Cégep du Vieux Montréal / Jean-Pierre Couture, Citoyen de Gatineau et professeur agrégé à l'École d'études politiques de l'Université d'Ottawa / Dominique Beaulieu, Professeure en sciences infirmières, UQAR-Campus de Lévis / Isabelle St-Jean, Éducatrice spécialisée et enseignante en Techniques d'éducation spécialisée / Edith Ellefsen, Professeure titulaire, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke / Danielle D'Amour, Professeure émérite, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal / Nicole Ouellet, Professeure, Département des sciences infirmières, UQAR / Véronic Lemire, Enseignante, Techniques d'éducation spécialisée, Cégep du Vieux Montréal / Girard, Pierre-Olivier, Technicien en éducation spécialisée au CIUSSS-CHUS / Deena White, Professeure titulaire, Département de Sociologie, Université de Montréal / Jocelyne St-Arnaud, Professeure associée, Faculté des sciences infirmières et Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal / René Lemieux, Professeur au Département des arts, langues et littératures, Université de Sherbrooke / Hélène Bilodeau, Travailleuse sociale retraitée du CISSA et membre du RÉCIFS / Vincent Couture, Professeur adjoint, Faculté des sciences infirmières, Université Laval / Monique Benoit, Sociologie, Professeure titulaire, Département des sciences infirmières, UQO / Jean-Sébastien Fallu, Professeur agrégé, École de psychoéducation, Université de Montréal / Nicole Ricard, Professeur titulaire, émérite, en sciences infirmières de l'Université de Montréal / Dimitrios Karmis, Professeur agrégé, École d'études politiques, Université d'Ottawa / Marie ALDERSON, Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Pavillon Marguerite d'Youville, Université de Montréal / Michel O'Neill, Professeur Émérite, Faculté des sciences infirmières, Université Laval / Marie-Hélène Deshaies, Chargée de cours, Module de travail social, UQAR / Stéphan Lavoie, Professeur agrégé, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke / Nicolas Moreau, Professeur, École de service social, Université d'Ottawa / Ina Motoi, Professeure, Département de développement humain et social, UQAT / Jeanne-Marie Rugira, Professeure au Département de psychosociologie et travail social à l'UQAR / Claude Jacqueline Herdhuin, Enseignante de français langue seconde UQAC et UQAM / Sylvie Gendron, Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Pavillon Marguerite-d'Youville, Université de Montréal / Michel Roche, Professeur, Département des sciences humaines et sociales, UQAC / Denis Bourque, Professeur, Département de travail social, UQO / Benoit Tellier, professeur de sociologie, Cégep de St Jérôme / Nicolas Vonarx, professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval / Julie Côté, mère de 2 enfants, enseignante au collégial / Stéphanie Benjamin, Enseignante en techniques de travail social / Alvaro Rojas, Éducateur-Programme Jeunesse, Centre de réadaptation en dépendance de Montréal-Institut universitaire du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal / Réjean Goulet, Coordinonateur par intérim des études 1er cycle, Université de Sherbrooke, Longueuil / Marie-France Raynault, Professeur émérite, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal / Manon Laflamme, Enseignante, Techniques de travail social, Cégep St-Jean sur Richelieu / Marianne Beaulieu, Professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université Laval / Lucie Plourde, Professeure et superviseuse de stages, Techniques d'éducation spécialisée, Cégep Ste-Foy / Jean Gagné, Professeur Département Sciences humaines, Lettres et communications, TELUQ / Stéphane Allaire, Professeur régulier en pratiques éducatives, Département des sciences de l'éducation, UQAC / Geneviève McCready, professeure substitut en sciences infirmières à l'UQAR. / Adèle Morvannou, Professeure adjointe au service de toxicomanie de l'Université de Sherbrooke / Sophie Lambert, enseignante en Techniques d'éducation spécialisée, Cégep de Sherbrooke / Patricia Pauzé, Travailleuse sociale / Maghali Gagné, Travailleuse sociale / Caroline Vachon, enseignante en travail social / Line Lévesque, Chargée de formation pratique, École de travail social, UQAM / Pierre Brisson, Enseignant, formateur et auteur dans le secteur des toxicomanies.

Que nous soyons citoyens, soignants, gestionnaires, chercheurs, enseignants ou élus, il en va de notre premier devoir de citoyen : protéger le public et les personnes les plus vulnérables de notre société.

Natalie Stake-Doucet

Infirmière, directrice pour la région du Québec de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada

Réseau de la santé : le mastodonte bureaucratique, Caroline Touzin et al, La Presse, 2 mai 2020

Lors d'un quart de soir, elle cherche des poubelles dans le CHSLD où elle vient d'être déployée en pleine crise de la COVID-19. Or, en soirée, il n'y a plus de gestionnaire dans l'établissement, seulement un « coordo » – soit un infirmier à qui des tâches de gestion sont déléguées.

Ce soir-là, à la fin d'avril, un nouveau « coordo » est en poste. L'autre, plus expérimenté, a contracté la COVID-19. Elle se tourne vers des collègues, car ce dernier est complètement débordé, affairé à pourvoir le quart suivant, en déficit de personnel.

Personne ne sait où trouver des poubelles. Elle cherche alors sur le site internet du CIUSSS local qui jointe pour se procurer le matériel. « Il y a des noms de gestionnaires sur le site, mais pas d'adresse courriel. Leurs titres sont vagues. Pour certains, j'ai juste trouvé un lien vers leur profil LinkedIn. »

Marjolaine Goudreau et Natalie Stake-Doucet, et plus de 200 signataires

Respectivement présidente du Regroupement de Personnes du domaine du Travail Social et Présidente de l'Association Québécoise des Infirmières et infirmiers

Le système de santé québécois mis en échec, Marjolaine Goudreau, Natalie Stake Doucet et Al, La Presse, 20 novembre 2020

« La vision médicale hospitalocentriste, la centralisation des pouvoirs de gouvernance et l'organisation du travail basée sur l'approche industrielle sont les trois piliers sur lesquels les derniers gouvernements ont édifié l'actuel système québécois de santé et des services sociaux. Or, si, pour évaluer ledit système, on interroge les chercheurs et les associations qui représentent la population desservie et les intervenants, le verdict paraît sans équivoque : le système québécois est mis en échec par ses réformes.

De la réforme Couillard (2004) jusqu'à la réforme Barrette (2015), ce sont la mission hospitalière et la vision médicale curative qui s'imposent aujourd'hui. Alors que les investissements se concentrent au secteur hospitalier, le nouveau mode de financement à l'activité incite les établissements à définir des continuums de soins, à la solde des diagnostics médicaux auxquels l'utilisateur doit correspondre, faute de quoi il se retrouve en liste d'attente de services généraux devenus quasi inexistantes.

En fait, les soins et services généraux de première ligne chargés de la prévention s'effritent au même rythme que se développent les services surspécialisés.

Nous constatons également que les groupes de médecine familiale (GMF) écartent les patients non-inscrits pour éviter d'être financièrement pénalisés vus les critères imposés par le Ministère. Conséquemment, la vision médicale hospitalocentriste vient créer une fracture entre les besoins de services de proximité adaptés et la réponse surspécialisée offerte, ce qui accroît la vulnérabilité des plus démunis. L'explosion du nombre de cas à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) n'est-elle pas la triste conséquence de la mainmise du curatif sur le préventif ?

ENTRE DÉFICIT DÉMOCRATIQUE ET MONSTRE BUREAUCRATIQUE

La centralisation des pouvoirs de gouvernance pérennisée par la réforme Barrette (2015) a entraîné la disparition d'instances participatives dont la mission assurait une cohérence entre les besoins populationnels et les orientations ministérielles. Il en résulte un déficit démocratique dans nos institutions publiques.

Sur le terrain, les gestionnaires installés dans les nouvelles mégastructures (CIUSSS, CISSS) sont plus éloignés que jamais des intervenants et de la population.

En contexte de COVID-19, ce modèle de gouvernance axé sur la gestion top-down pose problème jusqu'à compromettre la sécurité des intervenants et de la population. La récente expérience des CHSLD en fait la démonstration. En privant d'un pouvoir décisionnel les directions locales et leurs gestionnaires, la centralisation a pour conséquence de dévaloriser, voire de paralyser toute initiative locale. À terme, ce type de gouvernance démotive, désolidarise et déresponsabilise les acteurs concernés.

LA STANDARDISATION AU DÉTRIMENT DE L'EXPERTISE

L'approche industrielle comme modèle d'organisation du travail a engendré dans les dernières années une profonde crise au sein des ressources humaines. Les valeurs de performance promues par cette approche s'entrechoquent avec les valeurs humanistes qui déterminent les professions axées sur la relation d'aide. De surcroît, l'approche industrielle, avec ses impératifs technico-administratifs, paralyse l'accès et détériore la qualité des services sociaux et des soins dans la communauté. Pour preuve, le temps qu'exigent ces procédures technico-administratives dépassera bientôt le temps consacré à la population. Ce dérapage technocratique provient du fait que le MSSS développe les soins et les services selon un processus de standardisation. Sur le terrain, toutefois, on constate que l'expertise que les intervenants développent est systématiquement invalidée par un système qui fonctionne principalement par protocoles standardisés.

UN SYSTÈME QUI REND MALADES SES INTERVENANTS

La dérive du système québécois est, selon nous, directement responsable de la pénurie de personnel, du problème de rétention et, surtout, du taux historique de congés de maladie chez les intervenants (atteint avant la COVID-19). Les mauvaises conditions de travail et les valeurs industrielles promues par les établissements ont créé une profonde crise de sens chez les intervenants. Rappelons qu'à l'automne 2019, avant la pandémie, nous avons appris que 24 % des intervenants songeaient à quitter définitivement leur profession. En refusant d'abolir le devoir de loyauté et l'imposition d'ententes de confidentialité aux intervenants, le gouvernement actuel perpétue délibérément la culture de la peur (l'omerta) chez ceux et celles qui tentent d'informer la population et les élus via les médias.

POUR SE RELEVER DE LA MISE EN ÉCHEC

L'heure est venue, croyons-nous, d'unir et de mobiliser la société civile pour demander au gouvernement du Québec de réformer les trois piliers responsables de la mise en échec du système québécois. La vision médicale hospitalocentriste doit redonner sa place à la santé communautaire et préventive afin que les soins et les services sociaux reprennent leurs rôles auprès de la population. Le modèle de gouvernance doit, lui, opérer une décentralisation afin de redonner un pouvoir décisionnel aux directions locales et réintégrer une démocratie qui soit représentative des communautés desservies. Enfin, l'approche industrielle doit muter vers une gestion participative où, moins que les statistiques et les protocoles, c'est l'expertise des intervenants et l'avis de la population qui doivent servir de paramètres pour développer et assurer la qualité des soins et des services sociaux. »

Nicole Ricard

Professeure à la faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

Les leçons de la Colombie-Britannique, Ariane Lacoursière, La Presse, 14 février 2021

« Le problème de rétention des infirmières dure depuis longtemps, et s'est accentué avec la pandémie. Le problème est devenu dramatique.

Qu'est-ce qui amène les infirmières à quitter le réseau ? Plusieurs choses. Mais les infirmières sont écœurées de se faire traiter comme des pions. Elles ne sont pas interchangeables. On ne reconnaît pas leur expertise.

La gestion des horaires est maintenant centralisée dans les établissements de santé et entre les mains des directions de ressources humaines. Ceux qui gèrent les horaires sont loin du terrain. Comment arriver à une gestion humaine dans ces conditions ? Les pratiques de dotation de personnel devraient être redonnées aux chefs d'unité dans chaque établissement. »

Une autre journée, alors que la ministre de la Santé et des Services sociaux, Danielle McCann, vient d'assurer en conférence de presse qu'il ne manque de blouses de protection nulle part, elle arrive au CHSLD : le stock de blouses est épuisé. Des collègues revêtent des sacs de poubelle en désespoir de cause. La ministre avait ajouté devant les caméras de la joindre s'il manquait d'équipement quelque part. Elle la prend au mot. Elle trouve un numéro de téléphone du cabinet de la ministre McCann sur le site de l'Assemblée nationale. « J'ai parlé à une adjointe administrative qui avait l'air très étonnée de mon appel. Elle m'a mise en attente et a fini par me répondre de voir cela avec mon employeur, raconte celle qui poursuit actuellement des études de doctorat en sciences infirmières à l'Université de Montréal. Mais l'employeur dans le réseau de la santé, ce n'est pas une personne. C'est personne. »

La « lenteur des CIUSSS et des CISSS à répondre à la crise est très frustrante pour tous ceux qui se démènent à la base », ajoute-t-elle. « On a complètement perdu le côté humain entre la base et la haute direction ». Elle s'est inscrite au site Je contribue le 13 mars pour être finalement embauchée par un CIUSSS... un mois plus tard.

Nicole Ricard et Claire Thibault

Respectivement professeure émérite à l'Université de Montréal et infirmière gestionnaire à la retraite

Vite, des changements en profondeur pour aider les infirmières, Nicole Ricard et Claire Thibault, La Presse, 12 mai 2021

« Il y a des célébrations qui ne peuvent passer sous silence et la Semaine nationale des soins infirmier, jusqu'au 16 mai, représente un moment privilégié pour souligner et reconnaître la contribution inestimable des infirmières au système de santé. Cette reconnaissance devient d'autant plus importante que la pandémie aura révélé plus que jamais l'engagement, la diversité des compétences, les grandes capacités d'adaptation et les multiples rôles dont ont fait preuve les infirmières tout au long de cette crise.

Nous croyons, monsieur le Ministre, que vous saurez adresser toute votre reconnaissance aux infirmières qui ont largement répondu à l'appel depuis plus d'une année.

Cependant, il faut aussi s'attendre à ce que cette attention d'un moment ne soit pas suffisante pour guérir les grandes blessures qui ont touché et touchent toujours de nombreuses infirmières qui ont décidé de prendre une pause ou de quitter, à regret, une profession qui les passionnait. Cette reconnaissance ne sera pas suffisante pour motiver de nouveau celles qui continuent à soutenir le système de santé à bout de bras. Cette reconnaissance ne sera pas suffisante pour redonner espoir et confiance aux infirmières qui peinent à utiliser leurs savoirs et compétences dans un contexte de gouvernance dysfonctionnelle qui ne les soutient pas. Cette reconnaissance ne sera pas suffisante pour inciter les jeunes à s'engager dans une profession qui, malheureusement, n'est pas reconnue à sa juste valeur.

Il faudra plus et beaucoup plus. À maintes reprises les effets désastreux des réformes de la santé sur la détresse du personnel soignant et la qualité des soins ont été dénoncées, mais sans donner lieu à de véritables améliorations¹. Il aura fallu la pandémie pour alerter la population et démontrer concrètement comment la centralisation à outrance et une gestion à distance déconnectée des besoins du milieu ont conduit à la désorganisation, au chaos dans les communications et dans la planification des ressources, de même que dans l'organisation du travail. Quelques correctifs ont déjà été apportés, mais il y aura l'après-pandémie et vous savez qu'il s'avère essentiel d'anticiper comment le système pourra se relever de cette double crise.

Votre gouvernement s'est récemment engagé à ouvrir plus de postes d'infirmières et à offrir certaines primes. L'ajout de ces ressources est sans contredit un incontournable, mais la reconnaissance de la contribution des infirmières doit impérativement se concrétiser par des changements en profondeur dans la culture de gouvernance et la création de milieux de travail de qualité.

Il existe une panoplie d'études scientifiques démontrant que des mesures concrètes sur l'environnement de travail des infirmières et des équipes soignantes doivent être mises en place en raison de leur efficacité pour diminuer la détresse, augmenter la satisfaction au travail, favoriser la rétention et contrer la pénurie.

Ces mesures doivent cibler prioritairement les caractéristiques propres aux environnements de travail sains, soit : la charge de travail, le soutien organisationnel, l'autonomie décisionnelle, la reconnaissance au travail, l'information et la communication. Une volonté politique et des actions concrètes devraient soutenir ce changement de culture si nécessaire. Pour ce faire, il nous apparaît essentiel que vous accordiez une attention toute particulière à ces pistes de solution :

- Redonner aux directions de soins infirmiers (DSI) le pouvoir et les leviers essentiels pour rencontrer leurs responsabilités. L'ampleur de responsabilités de DSI et des chefs de service et leur éloignement des lieux de pratique mettent en péril leur capacité à jouer un véritable rôle de leadership clinique au point de vue du contrôle de la qualité de la pratique infirmière et, par conséquent, sur le plan de la qualité et la sécurité des soins à la population. Monsieur le Ministre, les organisations de soins doivent revoir à la hausse les taux d'encadrement et faire en sorte que les supérieurs immédiats soient des infirmières en mesure de comprendre les enjeux de soins et

d'assurer une gestion clinique de proximité pour soutenir le fonctionnement optimal et la stabilité des équipes soignantes.

- Renforcer le soutien clinique et rétablir l'autonomie décisionnelle des infirmières. Il a été largement démontré que le soutien et l'accompagnement offerts par les infirmières cliniciennes spécialisées ont un impact significatif pour favoriser l'innovation, l'intégration, la rétention des nouvelles recrues et contrer la pénurie. Toutefois, ces ressources ont été largement coupées lors de la réforme précédente ; les organisations doivent donc réintroduire le rôle des infirmières cliniciennes spécialisées qui sont les mieux placées pour optimiser l'utilisation des compétences des infirmières et offrir des soins à la fine pointe des connaissances.
- Dresser un bilan des effectifs nécessaires en personnel infirmier et se doter d'un mécanisme de dotation basé sur des données probantes pour établir des charges de travail justes et sécuritaires et répondre aux besoins de soins et de services.

Il faut à tout prix mettre un terme à l'utilisation du temps supplémentaire obligatoire (TSO). L'improvisation doit faire place à une planification réfléchie du personnel infirmier requis.

Les données sur les ratios qui ont été préconisées par suite des projets-pilotes se doivent d'être complétées par un processus de dotation optimale. Les gestionnaires en soins infirmiers doivent disposer d'outils dynamiques, éprouvés pour reprendre le contrôle et faire preuve de créativité dans l'attribution des ressources au sein des équipes soignante.

Monsieur le Ministre, les infirmières représentent 49 % de l'ensemble du personnel soignant et le personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires formant les équipes soignantes représente 29 % de l'ensemble des effectifs du réseau de la santé et des services sociaux. Vous avez pu réaliser depuis le début de votre mandat combien le fonctionnement du système de santé est tributaire de la santé et de la disponibilité des effectifs en soins infirmiers. Or, les soins infirmiers ne doivent plus simplement être considérés comme une masse salariale, des dépenses à contrôler, mais comme un réel investissement et des ressources essentielles à protéger et à valoriser pour la santé de la population.

D'ailleurs, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) invite les décideurs à investir dans les soins infirmiers, afin de renforcer l'influence et le leadership de ce groupe de professionnels, et de leur accorder plus d'attention en vue de l'amélioration des services de santé. L'OMS propose aussi que les soins infirmiers soient au cœur des décisions de politiques, ce que nous souhaitons vivement dans un changement de culture et de gouvernance au sein de notre système de santé. »

Vinciane Peeters

Ergothérapeute

« Ayant été ergothérapeute en CLSC au SAD, j'ai depuis l'arrivée du ministre Couillard et des débuts de fusion, observé une grande perte de qualité de la réflexion clinique. Un petit peu à la fois le gestionnaire qui se trouvait juste au-dessus de nous a vu son rôle inversé. Au lieu

d'être celui qui était à l'écoute de ses intervenants et des besoins des personnes en besoins de services et d'être celui qui avec la panoplie d'outils essayait vraiment d'y répondre, il est devenu l'outil de transmission des ordres d'en haut et devait nous plier aux exigences de l'administration. Un petit peu à la fois nous avons perdu notre autonomie professionnelle, devenant des exécutants de plan de soins, collecteurs d'informations qui ne servaient plus à soigner mais à justifier. L'espace de liberté professionnelle dont j'avais toujours défendu l'existence auprès de mes collègues a rétréci comme peau de chagrin. Certains services présentaient de telles listes d'attentes qu'on aurait dû davantage parler de rupture de service. Je pensais travailler jusqu'à 65 ans mais à 60 ans, en 2015, considérant qu'ils gaspillaient tellement nos compétences que j'ai décidé de prendre ma retraite pour engager mes énergies ailleurs. L'épuisement des professionnels prenait sa source autant dans le non-sens des actes demandés que dans l'ampleur de la tâche. »

Isabelle Mantha

Technologiste médicale, centre hospitalier de Granby

« Bonjour,

Merci de me donner l'opportunité de vous partager mes commentaires suite aux fusions en santé et services sociaux de 2015.

Je suis une technologiste médicale de la région du CIUSSS de l'Estrie-CHUS. En plus de la fusion de la loi 10, mon laboratoire du centre hospitalier de Granby subit les contrecoups d'Optilab.

J'y vais dans une liste en plusieurs points:

- Gestionnaires en déplacements constamment à travers le territoire.
- Grande désorganisation au niveau des communications à travers le territoire.
- La direction des ressources humaines est incapable de suivre le rythme au niveau des assignations et de la dotation des postes. Ce qui amène des problèmes d'attraction et même de rétention de personnel.
- Exode importantes vers le privé, tant pour le personnel que pour les services. C'est épeurant!
- Toute demande de matériel aussi banale qu'un ordinateur, est devenue compliquée. Tout doit passer par des demandes informatiques qui prennent du temps à remplir. Services très impersonnels et inefficaces.
- Perte d'autonomie clinique pour les installations à l'extérieur de Sherbrooke. Tout doit passer par les hauts gestionnaires de Sherbrooke. C'est comme si nous n'avions pas de bonne méthodes, de bonnes idées, voire impossible d'avoir les meilleurs façons de faire.
- Du à la centralisation de plus en plus de services spécialisés à Sherbrooke, beaucoup plus d'utilisateurs doivent se déplacer à Sherbrooke. Par le passé, il y avait beaucoup moins de déplacements vers Sherbrooke.
- Augmentations des transporteurs dans le territoire. Pour le partage de matériels, pour le courrier interne, pour des analyses de laboratoire qui le sont de plus en plus.

Ce sont des contractuels, il serait intéressant de savoir combien coûte tous ces transports.

- Perte de places de stationnement pour les employés. Les stationnements sont gérés par une compagnie externe maintenant, il serait aussi intéressant de savoir à combien monte les factures de ces contractuels des stationnements.
- Grande perte de sentiment d'appartenance dû à la grosseur de la boîte, environ 19 000 employés et médecins pour le CIUSSS-CHUS.

Voilà ! »

Marie-Andrée Roy

Infirmière à la retraite

« Il y a 5 ans, je savais déjà par intuition que la réforme Barrette serait un désastre, et plusieurs collègues aussi, mais nous ne pouvions rien dire...Pas d'écoute, on suit les lois. Car tout ce qui fait passer la finance avant l'humain ne sert pas au plus grand nombre et surtout les plus démunis ou les hors normes.

J'ai connu les CLSC à leurs débuts, mais il n'y a pas eu de support et d'intégration médicale, plutôt boudés. Il en reste quelques lambeaux de services.

Les organisations simples, qui créent des communautés d'appartenance, ne semblent pas payantes, la prévention, le mieux-être, l'alimentation, les soins par la nature, les plantes, l'homéopathie, ce n'est pas rentable, mais ça aide vraiment le système immunitaire de base. On a besoin aussi de la médecine intégrative.

Bref, la proximité est une dimension de la réalité humaine, sinon on nourrit des illusions. Et nous avons créé un monde d'illusions, avec moins d'humanité, pas plus de services, et des populations plus anxieuses. »

Un employé du CISSSMO

« Je crois que depuis que le nouveau système a été mis en place, nos conditions de travail ont détériorées, nous perdons du personnel et de l'efficacité. Les personnes qui ont pris place ne sont peut-être pas là pour les bonnes raisons.

De plus, nous n'avons jamais été autant en sous-effectif, de-là a découlé que plusieurs départements sont en bris de service. La gestion est devenue problématique.

Nous voulons revenir à l'ancienne méthode à court terme, ça urge!!!! »

Anne-Marie Chiquette

Chef de contentieux à l'Association du personnel d'encadrement du réseau de la santé et des services sociaux (APER)

Des cadres du réseau de la santé encore à bout de souffle, Élisabeth Fleury, Le Soleil, 6 janvier 2020

Structure du réseau de la santé: «c'est trop gros, c'est pas gérable», Éric Yvan Lemay, Le Journal de Montréal, 21 avril 2020

«Gaétan Barrette a coupé le nombre de cadres en support aux équipes alors que les territoires à gérer sont plus grands, qu'il y a plus de missions à gérer. Les cadres courent, éteignent des feux ici et là. [...] On est dans une maison des fous, ça ne marche pas. Il faut un post-mortem. Les centres jeunesse, il faut sortir ça des CIUSSS et des CISSS», estime Me Chiquette, qui déplore qu'on «finance les hôpitaux sur le dos des enfants».

Selon elle, le système actuel «éjecte» les bons cadres. «On les écœure, on leur ajoute des responsabilités. Ils finissent par tomber malades ou par s'en aller, de sorte qu'on se retrouve avec des gens qui ont moins d'expérience.» Les équipes de cadres sont à ce point réduites qu'elles ne sont même plus en mesure de suivre les invalidités des employés du réseau, illustre Me Chiquette.

«Ça tombe au front comme des mouches. C'est un système qui n'est pas tenable. On ne fait pas de déficit budgétaire, mais on fait un déficit humain», résume l'avocate, qui dit recevoir des appels de cadres «qui veulent faire estimer leurs rentes pour savoir quand ils vont pouvoir s'en aller».

Me Anne-Marie Chiquette croit qu'il faudrait davantage de cadres de proximité pour soutenir les équipes aux opérations. «La job est difficile. Le professionnel peut être le meilleur au monde, mais ça lui prend quelqu'un pour lui donner une petite tape dans le dos, des fois», dit-elle.

La crise de la COVID-19 dans les centres d'hébergement au cours des dernières semaines a fait ressortir les lacunes dans la gestion des superstructures, les CISSS et les CIUSSS, mises en place en 2015. «C'est bien trop gros, ce n'est pas gérable. Il faut être beaucoup plus près du patient. »

Paul Brunet

Président du Conseil de protection pour les malades

COVID-19: nos CHSLD sont paralysés par la lourdeur bureaucratique, Annabelle Blais et Marie-Christine Trottier, Le Journal de Québec, 21 avril 2020

«La centralisation de l'autorité entre les mains des ministres sous l'ère de l'ex-ministre libéral Gaétan Barrette a fait mal aux CHSLD. Les comités des usagers peinent à se faire entendre tant les gestionnaires sont physiquement loin, surtout en région. Mais nous, on est sur le terrain. On sait quand ça pue dans un CHSLD ou quand on mange mal. C'est un berlingot de lait collé sur une assiette chaude qui fait que le lait est tiède et pas buvable, c'est une lumière [dans le] corridor qui empêche une dame de dormir. Ce sont des centaines de petites choses qui font la différence entre avoir le goût de vivre ou de mourir. Mais ça, c'est pas sexy. Ça ne se trouve pas dans leur rapport.»

Une des activités qui occupe le plus le temps de M. Brunet ces temps-ci est d'envoyer des mises en demeure aux établissements pour les familles à qui on a refusé de transmettre le rapport médical d'un parent décédé.

«Certains sont transparents, mais d'autres refusent de le faire, dit-il. On a des familles qui n'arrivent pas à savoir de quoi est mort un proche. Soit l'établissement le sait et ne veut pas le dire, soit il ne le sait pas, et c'est encore plus grave. Des gens nous demandent de l'aide, car ils n'arrivent même pas à savoir si leur mère est encore vivante.»

Sous l'ère Barrette, M. Brunet dit aussi avoir assisté à un recul en matière de transparence. Beaucoup d'informations qui auraient permis de constater certaines lacunes n'ont pas été rendues publiques.

David Levine

Ancien PDG de l'Agence de santé de Montréal, ex-directeur de l'Hôpital Notre-Dame

Structure du réseau de la santé: «c'est trop gros, c'est pas gérable», Éric Yvan Lemay, Le Journal de Montréal, 21 avril 2020

25 ans d'échecs en santé: de rares bons coups et des urgences toujours bondées, Charles Lecavalier, Journal de Québec, 25 juillet 2020

25 ans d'échecs en santé: un fiasco malgré les réformes, Charles Lecavalier, Journal de Québec, 25 juillet 2020

« Quand on est DG plus proche, bien c'est notre boîte, c'est notre maison, c'est notre établissement. Quand on est à l'intérieur d'une machine bureaucratique, l'attachement est moindre. »

« Je ne sais pas si les CISSS et les CIUSSS sont trop grands. Mais ça prend une décentralisation du pouvoir. Au lieu d'avoir un DG qui gère plusieurs CHSLD avec des assistants sans autorité, ça prend de vrais gestionnaires qui connaissent leur monde, qui connaissent leurs patients et se promènent sur le plancher. »

« Les réformes n'ont pas changé la nature fondamentale du réseau. C'est un système hospitalo-centrique. Quand tout tourne autour de l'hôpital, tu vas toujours avoir des urgences bloquées et de l'attente pour des interventions chirurgicales.»

Alphonse Girard

Avocat à la retraite, président du conseil d'administration du Centre Grace Dart pendant 15 ans, jusqu'à son abolition en 2015

Réseau de la santé : le mastodonte bureaucratique, Caroline Touzin et al, La Presse, 2 mai 2020

Le centre Grace Dart, qui dépend maintenant du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, a fait la manchette début avril 2020 lorsqu'une de ses préposées est morte de la COVID-19. Le Centre Grace Dart est immense : il compte environ 250 résidents. En date du 2 mai 2020, on y dénombrait 93 cas confirmés et 24 décès liés à la COVID-19.

Pour M. Girard, pas de doute : l'établissement aurait été bien mieux équipé pour faire face à une pandémie s'il avait conservé un pouvoir décisionnel sur le plan local. « Assurément, il y

aurait eu une réaction plus rapide », dit-il. « On avait des gens sur place, une direction sur place qui pouvait immédiatement répondre aux besoins, alors qu'actuellement, c'est centralisé. »

Il reconnaît que des services gagnaient à être centralisés, comme celui des achats ou celui de la paie. Cependant, le fait d'avoir des gestionnaires rattachés à un établissement spécifique et qui se sentent responsables de sa bonne marche était un acquis impossible à remplacer, selon lui.

Julie Chevalier

Directrice générale des Maisons de l'ancre

Réseau de la santé : le mastodonte bureaucratique, Caroline Touzin et al, La Presse, 2 mai 2020

À la tête d'un organisme communautaire pour femmes en difficulté à Montréal, Julie Chevalier est aux premières loges pour constater à quel point les gens vulnérables « souffrent » de la machine bureaucratique du réseau de la santé. Encore plus en temps de pandémie.

Ainsi, les femmes en difficulté qui ont des symptômes de COVID-19 n'ont pas droit aux mêmes services d'hébergement d'urgence si elles sont victimes de violence conjugale que si elles sont en situation d'itinérance. Les premières peuvent vivre dans un hôtel réquisitionné par l'État 24 heures sur 24 alors que les secondes doivent quitter leur chambre à 8 h pour la réintégrer seulement à 20 h.

« Dans le milieu communautaire, on ne pose pas d'étiquettes comme celles-là aux femmes. Les femmes en difficulté ne rentrent pas dans une seule case. Elles devraient toutes avoir droit au même niveau de protection. En conséquence, certaines doivent errer à l'extérieur toute la journée, alors que les centres de jour, les restos et les cafés où elles avaient l'habitude d'aller sont fermés. »

Aussi, les 2,5 millions supplémentaires annoncés par Québec le 27 mars 2020 pour soutenir les victimes de violence conjugale doivent transiter par les CISSS et les CIUSSS. Or, les organismes communautaires déplorent le fait de ne pas être consultés, ce qui donne lieu à des décisions comme celles des « trajectoires différentes » pour les femmes vulnérables atteintes de la COVID-19 selon leur problématique.

Quant à la « protection des intervenantes » dont a parlé la ministre de la Santé, Danielle McCann, dans son annonce, Mme Chevalier affirme que l'équipement de protection arrive « au compte-gouttes ». « La dernière fois, ça a tout pris pour que le CIUSSS m'envoie quatre boîtes de gants. Quatre », laisse tomber celle qui dirige trois ressources d'hébergement. Ça fait à peine plus d'une boîte par ressource.

La première version d'une publicité gouvernementale – corrigée depuis – pour venir en aide aux victimes de violence conjugale montre ce manque de consultation auprès des gens de terrain. Dans ce message de l'État mettant en scène la comédienne Ingrid Falaise, on suggérait aux femmes d'appeler le 811 ou un CLSC. Il n'y avait aucune mention de l'organisme SOS violence conjugale.

« C’était une aberration, dit Mme Chevalier. Une femme qui se fait mettre en attente au CLSC ou au 811, elle se serait découragée. Et elle aurait fini par se faire conseiller d’appeler à SOS violence conjugale. Dans une situation d’urgence, on ne peut pas prendre de détours. »

Benoit Gareau

Président du groupe Espace Santé

Deuxième vague de COVID-19: résister au Blitz!, Benoit Gareau, La Presse, 22 août 2020

« Le célèbre chroniqueur du New York Times David Brooks a écrit en mars un texte sur l’importance pour une nation de montrer de la résilience en temps de crise. Pour illustrer son propos, il a comparé la pandémie de COVID-19 à un grand moment de la Seconde Guerre mondiale : le Blitz de 1940.

Pour Brooks, en temps de crise, il y a une course contre la montre pour maintenir un équilibre psychologique et une cohésion sociale. Une menace comme une guerre ou une pandémie apporte son lot de peur, de division et de fatalisme. Les nations survivent lorsqu’elles peuvent contrecarrer ces émotions, ces sentiments.

Le Blitz

Le Blitz est un évènement charnière de la Seconde Guerre mondiale. Les nazis, après la capitulation de la France, ont tourné leur puissante machine de guerre vers la Grande-Bretagne. Pendant des mois, les avions de combat de la Luftwaffe ont bombardé sans relâche les villes anglaises, semant la terreur et l’horreur sur leur passage.

Les militaires estimaient que plus de 200 000 Britanniques allaient périr, que les hôpitaux allaient être submergés et Londres dévastée. Le Blitz a certes été dévastateur : des milliers de personnes sont mortes, mais les pires scénarios ne se sont pas concrétisés. Les gens n’ont pas perdu la raison, la solidarité sociale n’a pas fléchi et la Grande-Bretagne n’a pas plié.

Le Blitz demeure pour David Brooks un exemple de résilience en des temps difficiles. Les nations doivent créer des conditions qui vont favoriser la solidarité sociale, l’interconnexion. Les gens doivent aussi être impliqués et sentir que leurs efforts ne sont pas faits en vain.

Le premier assaut

Dans un texte de la revue The Atlantic Monthly, le journaliste Tom McTague rapporte que la pandémie de COVID-19 a été particulièrement brutale en Grande-Bretagne.

Début mars, après avoir vu les hôpitaux du nord de l’Italie complètement submergés par des cas de COVID-19, les autorités sanitaires britanniques ont décidé de transférer rapidement les personnes âgées en attente de placement dans les centres de soins de longue durée. Ainsi, en déplaçant cette clientèle, on voulait augmenter la capacité des hôpitaux à recevoir des patients atteints de la COVID-19.

Les conséquences ont été tragiques. Les centres de soins de longue durée, longtemps délaissés au profit des missions hospitalières, n’ont pu résister aux puissants assauts de la COVID-19. La transmission dans les centres de soins de longue durée a explosé et on comptait fin juin 19 000 morts dans les centres de Grande-Bretagne.

Au Québec, les autorités sanitaires ont appliqué la même stratégie que la Grande-Bretagne en transférant de nombreux patients vers les centres de soins de longue durée.

Le mouvement de personnel, le retrait préventif de bon nombre d'employés, l'absence de direction dans de nombreux centres et le manque d'équipement de protection individuelle ont laissé plusieurs établissements complètement ouverts à une propagation rapide du virus. Les conséquences ont été désastreuses avec de nombreuses éclosions, des étages complets de personnes infectées et beaucoup trop de morts des suites de la COVID-19.

Parer la deuxième vague

La centralisation du réseau autour des CISSS et des CIUSSS a aussi été un frein pour les établissements de santé à réagir localement avec efficacité et rapidité. Les équipements de protection individuelle déjà en quantité limitée ont été mal distribués. Certaines agences ont interdit que les gens sur place se dénichent eux-mêmes de l'équipement de protection individuelle. Des directives du gouvernement ne se sont pas rendues sur le terrain ou n'ont pas été suivies. Et lorsque des bénévoles ont donné leur nom pour aller aider dans le réseau, les CISSS et CIUSSS ont tardé à répondre.

Pour s'assurer d'une plus grande responsabilité et d'une meilleure cohésion face à la menace d'une deuxième vague, le gouvernement a tout intérêt à rebâtir les directions des hôpitaux et des centres de soins de longue durée.

La décapitation des directions par l'ancien gouvernement libéral a brisé la culture organisationnelle propre à chaque établissement.

Dans son plan d'action pour affronter une deuxième vague, le gouvernement du Québec va nommer un gestionnaire responsable dans tous les établissements de soins de longue durée. Il importe de recréer une gestion locale forte et efficace, de moderniser les pratiques cliniques et de gestion et de redonner un sentiment d'appartenance essentiel au bon fonctionnement.

La résilience, que ce soit face au Blitz ou à la COVID-19, se forge lorsque les gens affrontent un danger avec réalisme et découvrent qu'ils ont les ressources pour en venir à bout ensemble. Pour David Brooks, l'histoire à raconter doit s'appuyer sur les actions que l'on prend chaque jour et la solidarité que l'on construit ensemble. »

Gestionnaires de CLSC

*Texte collectif **

Pour le réseau de la santé, quelques correctifs ne suffisent pas, Le Devoir, 18 septembre 2020

« Modifier les choses [...] améliorer les choses dans le réseau de la santé », voilà le mandat confié en juin par le premier ministre Legault à M. Christian Dubé en le nommant ministre de la Santé et des Services sociaux. Gros mandat. Pour améliorer véritablement « les choses », il devra faire plus, beaucoup plus, que quelques correctifs, comme celui, déjà en voie de réalisation, de la présence d'un gestionnaire responsable dans chaque CHSLD.

Le nouveau ministre devra surtout « reconnecter » le réseau avec la population, à savoir ramener, dans la gouvernance du réseau, des intelligences citoyennes et rapprocher la prise

de décision des milieux desservis, que ce soit en milieu urbain ou rural. C'est d'abord dans les milieux de proximité que se développent le sentiment d'appartenance et la participation citoyenne.

Une participation encouragée jusqu'à la fin des années 1980 et que nous avons pu apprécier via nos divers engagements en CLSC, mais qui fut évacuée au fil des réformes du système de santé. L'hypercentralisation forcée du Dr Barrette, adoptée sous le bâillon, a cimenté cette hécatombe en éjectant des milliers de personnes de la gouvernance des établissements de santé.

Avec l'instauration du modèle technocratique et hospitalo-centré des CIUSSS ou CISSS, on a passé à la moulinette un modèle éprouvé qui permettait d'exprimer et de prendre en compte les besoins de la communauté, et ainsi, lorsque possible, d'adapter l'offre de services aux particularités locales en plus d'apporter une réponse précise et rapide, lors de situations problématiques de niveau courant.

Cela a entraîné l'abolition des conseils d'administration des CLSC et CHSLD et, avec eux, l'autonomie de gestion locale, la connaissance fine des milieux et des populations desservis, les liens de collaboration avec les instances locales ainsi que le lien d'appartenance que les citoyens avaient avec leurs institutions territoriales de santé et de services sociaux.

Il y a eu là une perte de pouvoir citoyen qui, au cours des dernières années, a conduit, en Mauricie et dans le Centre-du-Québec, à des décisions mal reçues dans les milieux concernés. Mentionnons à titre d'exemples la fermeture de l'urgence de Cloutier du Rivage à Trois-Rivières et la fin de la présence d'un médecin de garde de nuit à Fortierville. Dans ces deux cas, les efforts de la population et des autorités locales se sont avérés impuissants à faire changer significativement la décision prise par la direction suprarégionale du CIUSSS de la Mauricie.

Dans le même sens, la population desservie par le CLSC couvrant les MRC des Chenaux et Mékinac a appris il y a quelques années, cela, avec un minimum de publicité et sans avoir été le moindrement consultée par le CIUSSS, que les services médicaux locaux sans rendez-vous et d'urgence mineure seraient tout compte fait limités aux cas sur rendez-vous, aussi prisés que soient ces derniers. Il s'agit là d'une perte nette pour ces milieux.

En somme, c'est tout l'enracinement local des établissements qui a été mis à mal au profit d'une centralisation décisionnelle relevant ultimement du ministre de la Santé. Il est pourtant reconnu, autant pour les collectivités que pour les individus, que la capacité d'agir sur les situations et enjeux qui leur sont propres contribue à la vitalité des communautés et à la santé des personnes.

L'amélioration réelle, à la fois nécessaire et pressante, du réseau de la santé souhaitée par le premier ministre Legault va donc bien au-delà d'un changement de titulaire du ministère et de préparatifs d'urgence en vue d'une possible deuxième vague de COVID-19. Un vaste chantier doit être constitué, où doivent être remis en question à la fois la structure du réseau de la santé, son mode de gouvernance et ses principes de gestion.

Il faut que la situation malheureusement vécue avec l'arrivée de la pandémie soit l'occasion de réexaminer la pertinence des méga-établissements, CIUSSS et CISSS, dirigés par le

ministère via des p.-d.g. nommés comme révoqués sur décision du ministre. Tout le contraire d'un réseau avec des établissements bien enracinés et partenaires actifs dans leur communauté. Il faut maintenant revoir l'à-propos d'un mode de gouvernance qui a fait le choix d'une approche technocratique où la performance statistique semble compter davantage que la qualité de la relation avec les concitoyens et les communautés desservies, ce qui, en plus, ne contribue certes pas à accroître le sentiment d'appartenance et la motivation du personnel cliniques et non clinique. »

* Lettre signée par :

Réal Boisvert, président du CA du CLSC des Chenaux (1988 à 1992) ; Jocelyne Bronsard, présidente du CA du CLSC des Chenaux (1977 – 1983) ; Donat Gingras, directeur général du CLSC Normandie (1984 à 1997), CLSC Vallée de la Batiscan (1997 à 2000) ; Donald Grimard, président, Fondation du CLSC Vallée de la Batiscan (depuis 2014) ; Jean-Claude Landry, organisateur communautaire, CLSC des Chenaux, CLSC Vallée de la Batiscan (1977 – 2014) ; Gaétan Lebel, directeur général du CLSC des Chenaux (1978 à 1996) ; Guy Messier, organisateur communautaire, CLSC Normandie, CLSC Vallée de la Batiscan (1978 à 2012)

Guy Gagné

Ex-membre du conseil d'administration d'un centre hospitalier

Combien de morts dus à la trop grande centralisation?, Guy Gagné, Le Devoir, 9 Novembre 2020

« Nous n'aurons jamais de réponse chiffrée à cette question. Mais celle-ci se pose d'autant plus qu'un groupe de 700 médecins a remis un rapport au ministre de la Santé dont le message principal était le suivant : depuis le début de la pandémie, des patients sont décédés parce que les médecins n'avaient pas la latitude de prendre certaines décisions à cause de la trop grande centralisation. À titre d'exemple simple, ceux-ci mentionnent leur incapacité de faire placer un mur entre deux sections d'hôpital afin d'éviter des contaminations.

À la guerre, si le soldat sur la ligne de feu doit télécopier une demande au quartier général pour bouger, la guerre risque d'être perdue. C'est ce qui est arrivé avec la COVID-19 en première phase.

En 2015, l'ex-ministre de la santé Gaétan Barrette, gravement atteint du syndrome de la centralisation excessive, a réduit le nombre de CISSS et de CIUSSS de 182 à 34. Il a aussi décidé que, dorénavant, le ministre lui-même en nommerait les p.-d. g. Dans la même opération, 1500 postes de gestionnaires ont été éliminés. Ainsi ont été créés des monstres bureaucratiques qui comptent souvent entre dix mille et vingt mille employés.

Heureusement, le ministre Barrette n'a pas été muté à l'Éducation. Si cela s'était produit, nous aurions probablement une dizaine de cégeps au lieu des 48 actuels. J'ai travaillé 35 ans dans le réseau collégial, dont près de 25 à titre de directeur des services administratifs. J'y ai toujours apprécié l'autonomie dont nous disposions. Celle-ci nous permettait notamment de régler les problèmes rencontrés. Le directeur général était sur place, et n'importe quel professeur, étudiant ou autre pouvait se présenter à son bureau ou à celui d'un directeur et faire part d'un besoin, d'une récrimination, d'une suggestion. Plus facile d'intervenir à temps quand on est au cœur des activités et des ressources. Aujourd'hui, personne ne prétend que l'on devrait changer la structure des cégeps.

Le Parti libéral a payé et va payer encore longtemps pour cette réforme désastreuse. La CAQ devrait aussi se pencher sérieusement sur ce dossier. Jusqu'à récemment, celle-ci a maintenu, à peu de choses près, l'ensemble de la réforme. Elle devrait s'y intéresser parce que l'électorat est vieillissant, et qui dit vieillissement dit aussi appels plus fréquents et urgents aux services de santé. Lors d'une prochaine élection, la qualité des soins de santé risque d'être le premier critère d'un segment de plus en plus important de la population.

À la suite de l'hécatombe dans les CHSLD, le gouvernement a effectué un premier redressement en nommant un responsable dans chacun de ces établissements. Celui-ci doit toutefois aller plus loin et faire la même chose dans les différents points de services du réseau de la santé. Des dollars seront dépensés, mais ultimement des vies seront sauvées !

Autre pas à faire : le p.-d. g. de chaque CISSS ou CIUSSS devrait être choisi et nommé par son conseil d'administration, et non par le ministre. À l'heure actuelle, un p.-d. g. ne peut sortir sur la place publique pour défendre son organisation. Il est muselé parce que son patron, c'est le ministre et non son conseil d'administration.

Dernier point, même si rebrasser des structures est onéreux au sens large du terme, parfois, il le faut. MM. Legault et Dubé devraient y réfléchir. Regrouper CLSC, CH et CHSLD d'une même région avait du sens. Ce fut fait en 2004. Mais quelles sont la logique et la valeur ajoutée pour le patient, dans un territoire comme la Montérégie, où j'habite, de regrouper en une seule entité tous les points de service en santé des régions de Saint-Hyacinthe, de Sorel-Tracy et d'une partie de Longueuil ? C'est ce que Gaétan Barrette a fait en 2015.

La CAQ a réformé les commissions scolaires pour donner plus de pouvoir aux gens sur le terrain. Pourquoi cela ne serait-il pas valable en santé. »

Danielle Boissonneault

Ancienne gestionnaire à l'emploi du ministère de L'Emploi et Solidarité, auparavant Ministère de la Main d'œuvre et de la sécurité du Revenu (Aide Sociale)

« L'application de cette loi a été néfaste pour le service à la clientèle du Réseau de la Santé en éloignant les bénéficiaires et les soignants des décideurs. Cela crée des disparités de réponses aux besoins réels ainsi qu'une réaction négative face à l'imputabilité des directions locales devenues souvent inexistantes.

Cette distance créée par les CIUSSS de ce monde vient oblitérer les réponses aux besoins et souvent déshabille Jean pour habiller Paul.

Les décideurs ont ainsi un portrait faussé des réalités du " terrain" puisqu'il n'y a personne de directement responsable de la leur communiquer. Hélas, il ne faut pas "planter" des dirigeants au niveau local sans leur donner les moyens de répondre aux besoins mais de seulement chercher à avoir des responsables de ces aberrations.

Les travailleurs trouvent leur chemin de communication des besoins coupé par ce manque de responsables direct des services et se retrouvent avec pour seuls récipiendaires de leur détresse que leur syndicat lui aussi mis à mal dans cette situation.

Le principe de l'application du service "mur à mur" provoque des situations telles qu'ont vécues et en sont décédés nos pauvres aînés détenteurs de l'histoire collective.

Comment avons-nous pu permettre ce massacre ?

En permettant aux plus hauts responsables d'ignorer ce qui se passe "en bas" pour ensuite rechercher des responsables à cette situation.

Comme le dit Camus quand il y a des "responsables", il ne peut y avoir de coupables". Cette loi a permis à nos élus de "s'en laver les mains" pendant plusieurs années. »

Paul Lamarche

Professeur à l'École de santé publique de l'Université de Montréal

Réseau de la santé : le mastodonte bureaucratique, Caroline Touzin et al, La Presse, 2 mai 2020

« La crise est très mal gérée. La centralisation à outrance et le fait que les structures soient énormes expliquent en partie pourquoi la crise a pris une telle ampleur au Québec. Les instances représentent les autorités et non la population. Il n'y a plus d'instance qui défend les patients ou la population. »

Jean-Louis Denis

Professeur à l'École de santé publique de l'Université de Montréal, spécialiste des questions de gouvernance en santé

Réseau de la santé : le mastodonte bureaucratique, Caroline Touzin et al, La Presse, 2 mai 2020

« Il y a un risque à chercher des coupables dans une crise. L'important, ce sera de voir ce que l'on peut apprendre, de se demander quelles sont les propriétés de notre système de gestion qu'on pourrait améliorer. »

« La centralisation du réseau a potentiellement pu aider à gérer certains aspects de la crise, notamment l'activation rapide de mesures de confinement. Mais la centralisation peut rendre la connexion entre le leadership local et central plus difficile ».

« Les dernières grandes réformes en santé ont réduit d'environ 20 % le nombre de gestionnaires, dont les cadres intermédiaires. La proximité avec les opérations a diminué, et la capacité de faire remonter les préoccupations du terrain jusqu'en haut a été fragilisée. »

Jean-Louis Denis se dit « surpris d'avoir si peu vu de leaders d'établissements dans cette crise. Ces leaders ne doivent pas juste exécuter ; ils doivent pouvoir donner un retour sur ce qui se passe sur le terrain. »

Maria de Koninck

Professeure émérite et associée, département de médecine sociale et préventive, Université Laval

Pour que plus jamais..., Maria de Koninck, La Presse, 9 mai 2020

« Le gouvernement actuel, à l'instar de nombreux autres acteurs, ne souhaite pas que, dans l'analyse des ratés observés dans la lutte contre la pandémie, l'on fasse le procès des gouvernements qui ont précédé. Il a raison, le temps est à la solidarité et à « se serrer les coudes ».

Mais, par respect et gratitude envers toutes celles et tous ceux qui se donnent corps et âme dans les soins, l'écoute et l'accompagnement des malades, des personnes vulnérables, des familles en deuil ainsi que dans la prévention et la gestion de la pandémie, ne devons-nous pas prendre un engagement? Celui de ne plus jamais accepter que soient créées des conditions qui rendent leur travail plus exigeant et plus risqué, leur font vivre des dilemmes

éthiques évitables et déshumanisent les situations dans lesquelles de nombreuses personnes souffrent et plusieurs s'éteignent.

Certaines conditions rendent en effet plus difficile le combat contre les ravages directs et collatéraux de la COVID-19 et accentuent les inégalités sociales entre ses victimes. Ces conditions sont les résultats de décisions prises au cours des dernières années, malgré les avertissements, protestations et cris d'alarme des travailleuses et travailleurs de la santé et des services sociaux, des organismes communautaires et des milieux d'enseignement et de recherche.

Pourquoi ne prenons-nous pas, collectivement et dès maintenant, l'engagement que, plus jamais, nous ne permettrons :

- Qu'un ministre de la Santé et des Services sociaux s'arroge un pouvoir qui frise l'autocratie, comme ce fut le cas du ministre Gaétan Barrette;
- Que l'on centralise les décisions dans d'immenses organisations multivocationnelles, noyant ainsi les missions particulières des services de santé et services sociaux, notamment la prévention et la santé publique. On a vu à quel point la perspective hospitalo-centriste a pu, dans un tel contexte, dominer la répartition des ressources et ainsi affaiblir les services consacrés aux plus vulnérables, dont les personnes âgées (CHSLD), les enfants (DPJ) et les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale;
- Que l'on crée, en réduisant le nombre d'intermédiaires sous prétexte d'épargner des sous, une telle distance entre les décideurs et celles et ceux qui œuvrent sur le terrain que leurs communications deviennent dysfonctionnelles;
- Que l'on fasse fi de la compétence des gens « du terrain » lorsqu'il s'agit de définir des priorités et d'organiser des services;
- Que l'on appauvrisse nos ressources collectives, comme celles des CLSC, pour renforcer des ressources privées;
- Que l'on tourne le dos aux pratiques démocratiques en retirant voix au chapitre aux communautés dans l'orientation et l'organisation des ressources qui les concernent;
- Que l'on alloue aux fédérations professionnelles de médecins une part disproportionnée de nos ressources financières. Et surtout, que l'on accorde à ces organisations syndicales un pouvoir de négociation sur l'accès de la population aux services médicaux et hospitaliers. Et que l'on consolide, ce faisant, un déséquilibre malsain entre les intervenants appartenant à différents corps d'emploi, alors qu'officiellement on prône l'interdisciplinarité pour son efficacité.

Au-delà de cet engagement collectif à ne plus jamais accepter de tels reculs, il est clair que toutes ces décisions devront être revues et corrigées ! Toutefois, il est capital qu'elles le soient de façon collective pour mettre à profit les savoirs de toutes les catégories de travailleuses et

travailleurs de la santé et des services sociaux, des organismes communautaires et des communautés elles-mêmes.

Nous devons prendre cet engagement et préparer l'avenir, ne serait-ce que pour éviter que la souffrance qui découle des obstacles dressés devant la bonne volonté de celles et ceux qui sont « au front », dans les services de santé, dans les services sociaux et dans les communautés, tombe dans l'oubli. »

Clément Mercier

Professeur retraité, École de travail social, Université de Sherbrooke

Pour une réforme du réseau des CISSS-CIUSSS axée sur les besoins, Le Devoir, 22 mai 2020

« À sa conférence de presse du 15 mai, le premier ministre François Legault a pris l'engagement de redonner aux CHSLD leur autonomie de gestion. Selon M. Legault, la source de leurs problèmes serait le modèle de gouvernance issu de la réforme Barrette de 2015, qui a créé un grave manque d'autonomie et d'intégration de leur gestion. On ne peut qu'appuyer cette volonté de redonner aux établissements locaux un pouvoir de gestion plus proche de la réalité terrain. Mais, comme ce modèle a aussi sévèrement sévi dans l'ensemble des établissements (CLSC, centres jeunesse, centres de réadaptation...), M. Legault fait-il le lien entre le drame des CHSLD et, entre autres, la gravité de ce qui est vécu à la DPJ et les multiples répercussions sur la clientèle et les professionnels ?

Après l'expérience vécue depuis cinq ans, le gouvernement ne devrait-il pas procéder à une évaluation d'ensemble, indépendante, rigoureuse et transparente du système des CISSS-CIUSSS ? N'est-il pas maintenant pertinent de revoir ce modèle organisationnel, emprunté en grande partie à un système américain privé de soins médico-hospitaliers (Kayser) et au modèle de « régions de services » promu par l'Institut sur la gouvernance des entreprises privées et publiques (IGOPP, 2014, Faire mieux autrement) ?

Lors de la commission parlementaire de 2014 sur le projet de loi créant les CISSS/CIUSSS, l'IGOPP a appuyé le devis d'ensemble de la mégastructure proposée par le ministre Gaétan Barrette. Malgré quelques réserves, il l'a jugée conforme à l'esprit général de son modèle calqué sur le mode divisionnaire des grandes entreprises privées et une approche de gouvernance présumée apte à « gouverner » au sein d'une instance unifiée tous les établissements et programmes publics de santé et services sociaux de chaque région administrative.

Sans juger de la valeur de ce modèle pour l'entreprise privée, la grande majorité des experts et analystes s'entendaient par contre pour évaluer que les méga-établissements publics proposés ne pouvaient permettre d'atteindre les objectifs de coordination de services ainsi que ceux inscrits dans la Loi sur la santé et les services sociaux. Il ne pouvait que contribuer à créer une immense organisation hospitalocentrée et médicalement ordonnancée. Selon l'avis majoritaire basé sur des expériences réalisées ailleurs, la mégastructure retenue ne pouvait permettre d'intégrer adéquatement les établissements regroupés dans le respect de leur grande diversité de missions, de cultures et de personnels professionnels.

La suite semble bien avoir donné raison à ces analyses, avec ses conséquences néfastes sur l'ensemble du réseau, dont le cas tellement pénible des CHSLD débordés par la COVID-19 en démontre la faiblesse structurelle et conceptuelle. Pourrait-on la corriger en remettant en place des directions unifiées dans les CHSLD comme le propose Yvan Allaire, président de l'IGOPP (La Presse, 9 mai) ?

On peut en douter, étant donné que le modèle de base demeurerait le même. La gouvernance organisationnelle en santé et services sociaux doit être abordée autrement, de façon à compenser les lacunes de la nouvelle gestion publique dominante actuellement dans le réseau des CISSS/CIUSSS. La notion de réseau de services intégrés aux plans local (MRC) et régional était connue et en voie d'opération avant la réforme Barrette. La coordination d'ensemble du réseau était certes difficile et perfectible, mais la volonté politique et les moyens n'ont jamais été à la hauteur des exigences de sa mise en valeur.

Pour réaliser pleinement leur mission, les établissements publics de « services à l'humain » ont besoin de fonctionner dans un ancrage territorial et communautaire, comme composantes du tissu social des communautés. La participation citoyenne, l'utilisateur et le salarié deviennent alors des vecteurs déterminants, comme parties prenantes, d'une gouvernance démocratique d'un réseau local et intégré de services de proximité axé sur les déterminants sociaux de la santé. Nos hôpitaux pourraient alors se concentrer sur leur mission de soins aigus spécialisés, en collaboration avec l'ensemble du réseau.

Encore une fois, on ne peut qu'appuyer M. Legault dans sa volonté de réagir vigoureusement aux conséquences dramatiques d'une gestion trop éloignée des réalités spécifiques de la clientèle des CHSLD. Ce projet est courageux et nécessaire. Mais il serait dommage qu'une seule catégorie de clientèle bénéficie de cette grande volonté d'adapter les structures aux besoins des clientèles. Pour éviter qu'on retombe dans l'adaptation des besoins-clientèles aux structures, comme on l'a fait avec la réforme Barrette, il faudrait fonder le choix des structures sur l'analyse préalable des besoins sociosanitaires des diverses catégories d'utilisateurs. »

NB : Ce texte est appuyé par plus d'une trentaine de professeurs:

- Yves Vaillancourt, professeur émérite, École de Travail social, UQAM;
- Gérald Larose, professeur invité, École de travail social, UQAM;
- Denis Bourque, professeur régulier, Département de travail social, UQO;
- René Lachapelle, chargé de cours en sciences sociales, UQO;
- Christian Jetté, professeur agrégé, École de travail social, UdeM;
- Stéphane Grenier, professeur régulier en Travail social, UQAT, et président de l'Association Canadienne pour la formation en travail social;
- Annie Carrier, professeure, École de réadaptation, UdeS;
- Sandra Juneau, professeure régulière en Travail social, UQAC;
- Cécile Cormier, professeure régulière, Travail social, UQAR, campus de Lévis;
- Louis Favreau, professeur émérite, Département de Travail social, UQO;
- Lucie Fréchette, professeure émérite, Département de Travail social, UQO;
- Jacques Caillouette, professeur titulaire, École de travail social, UdeS;
- Yvon Boucher, chargé de cours, Département de Travail social, UQO;
- Josée Grenier, professeure régulière, Département de Travail social, UQO;

- Isabelle Marchand, professeure régulière, Département de Travail social, UQO;
- André Jacob, professeur retraité, École de travail social, UQAM;
- Yao Assogba, professeur émérite, Département de Travail social, UQO;
- Guylaine Racine, professeure retraitée, École de travail social, UdeM;
- Frédéric Gagnon, chargé de cours, Département de travail social, UQO;
- Jean-Pierre Deslauriers, professeur retraité, Département de travail social, UQO;
- Danielle Maltais, professeure régulière en Travail social, UQAC;
- Mélanie Bourque, professeure régulière, Département de travail social, UQO, et co-éditrice francophone de la Revue canadienne de science politique;
- Josée Chénard, professeure régulière, Département de travail social, UQO, et co-responsable de l'axe 2 du Réseau québécois de recherche en soins palliatifs et de fin de vie (RQSPAL);
- Céline Bellot, professeure titulaire, École de travail social, UdeM, et directrice de l'Observatoire des profilages;
- Michèle Charpentier, professeure titulaire, École de travail social, UQAM et titulaire de la Chaire de recherche UQAM sur le vieillissement et la diversité citoyenne;
- Jean-François Roos, chargé de cours, École de travail social, UdeS;
- Yves Hurtubise, professeur retraité, École de service social, Université Laval;
- Christine Corbeil, professeure retraitée, École de travail social, UQAM;
- Marie-Laurence Poirel, professeure agrégée, École de travail social, UdeM;
- Jean-Yves Desgagnés, professeur régulier en travail social, UQAR, campus de Lévis;
- Ernst Jouthe, professeur retraité, École de travail social, UQAM;
- Danielle Desmarais, professeure titulaire, École de travail social, UQAM;
- Sonia Gauthier, professeure agrégée, École de travail social, UdeM;
- Marie Malavoy, professeure retraitée, École de travail social, UdeS;
- Roch Hurtubise, professeur associé, École de travail social, UdeS;
- Pierre Laganière, professionnel retraité, École de travail social, UdeS;
- Delphine Collin-Vézina, professeure agrégée, École de travail social, Université McGill;
- Henri Dorvil, professeur titulaire, École de travail social, UQAM;
- Sébastien Carrier, professeur agrégé, École de travail social, UdeS;
- Nicole Dallaire, professeure retraitée, École de travail social, UdeS;
- Pierre Maheu, professeur retraité, École de travail social, UQAM;
- Dominic Foisy, professeur agrégé, Département de travail social, UQO

Damien Contandriopoulos

Professeur affilié à l'Université de Montréal

25 ans d'échecs en santé: de rares bons coups et des urgences toujours bondées, Charles Lecavalier, Journal de Québec, 25 juillet 2020

« Quand ça a commencé à aller mal, particulièrement dans les CHSLD, il n'y avait plus personne aux commandes. Et c'est allé vraiment mal ». L'absence de leadership le frappe : si une infirmière constate qu'un jour, il ne reste que le quart de ses effectifs sur le plancher, « il n'y a personne qu'elle peut contacter qui a le pouvoir de l'aider ». « Tout est abstrait et centralisé à un niveau tellement haut que ce n'est plus la responsabilité de personne sur le terrain. »

Maude Laberge

Professeure adjointe à l'Université Laval

25 ans d'échecs en santé: de rares bons coups et des urgences toujours bondées, Charles Lecavalier, Journal de Québec, 25 juillet 2020

« La ministre McCann arrive en poste alors que le réseau est fatigué de ses réformes continuelles. Pour les employés, ça requiert beaucoup d'énergie, et ce sont des approches qui arrivent d'en haut, les gens sur le terrain ne se sentent pas écoutés. »

Roxane Borgès Da Silva

École de santé publique de l'Université de Montréal

En attendant la deuxième vague, Philippe Teisceira-Lessard, La Presse, 31 juillet 2020

« Ce sont des problèmes de gouvernance et de structures qui prévalent et qui ont empêché le système de fonctionner correctement. »

« La réforme Barrette a implanté un système de structures et de gouvernance très complexe qui a miné la Santé publique. [...] La directrice de santé publique de Montréal est imputable de la santé de tous les Montréalais, mais n'a aucun pouvoir sur les ressources humaines, a-t-elle continué. C'est incohérent. Ça ne marche pas. »

Jean Pierre Girard

Chargé de cours ESG / UQAM, HEC Montréal

Oui à une réforme, et cela presse!, Jean Pierre Girard, Le Devoir, 4 novembre 2020

« Comme peu d'autres événements depuis la mise en place du système actuel de santé au Québec au début des années 1970, la COVID a révélé ses limites. Tel médecin prend des initiatives dans son établissement sans attendre l'autorisation des supérieurs et se fait semoncer, la catastrophe innommable des CHSLD, où l'on cherche en vain quelqu'un de responsable à l'échelle locale, et à travers tout cela un système qui met au jour deux failles béantes : une hypercentralisation et la quasi-absence de citoyens dans la gouvernance de ce système. Ce sont deux réalités en porte-à-faux à la fois avec les idéaux qui ont présidé à la mise en place de ce système au début des années 1970 et avec les grands consensus internationaux sur des systèmes de santé perméables aux besoins et aux particularités des milieux.

Composante clé de la construction d'un État moderne, le système tel que l'avait imaginé la commission qui a réfléchi sur le sujet dans les années 1960, la commission Castonguay-Nepveu, concevait un système planifié, coordonné et intégré. On reconnaissait alors aussi l'implication de la société par une participation des citoyens à la gouvernance des instances régionales et des établissements. Il est utile de rappeler que la mise en place des CLSC s'est appuyée sur des cliniques populaires constituées dans les années 1960, qui avaient comme principe fondateur la participation citoyenne, cette idée voulant que la santé ne doive pas rester la chasse gardée des seuls professionnels de la santé [...]

Utopie, balivernes que tout cela ? Absolument pas, cette idée est prénante dans la déclaration finale de la grande conférence mondiale sur les soins de santé primaires organisée en 1978 à Alma-Ata, dans l'ex-URSS. Selon cette déclaration, les soins de santé primaires [...] exigent et favorisent au maximum l'autoresponsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires.

[...] Vingt ans après le rapport Castonguay-Nepveu, la commission Rochon constate que le système est pris en otage par les groupes d'intérêt qui le composent. La participation citoyenne en est une victime collatérale.

Plus globalement, sur une période de 50 ans, de réforme en réforme, la participation citoyenne dans la gouvernance des établissements du réseau est simplement laminée, notamment par des pratiques d'uniformisation et de standardisation. Le paroxysme est atteint avec la réforme Barrette, qui pousse à un niveau extrême cette centralisation du système et l'évacuation quasi complète de la voix citoyenne. Ce radiologiste de formation avait une sainte horreur de la démocratie sanitaire et était sourd aux grands consensus internationaux, par exemple la déclaration d'Astana sur les soins de santé primaires qui, en 2018, célébrait les 40 ans de la déclaration d'Alma-Ata.

Rappelant que plus de 80 % des besoins en santé trouvent réponse dans les services de santé primaires, la déclaration d'Astana souligne que ces services devraient contribuer à l'habilitation des citoyens et des communautés comme légataires de leur santé et, en ce sens, ils sont les mieux placés pour exprimer les attentes de politiques œuvrant dans cette direction.

Ultimement, ces citoyens et communautés devraient être les architectes des services de santé et services sociaux qui vont y contribuer. En somme, on encourage les citoyens et les communautés à jouer un rôle actif dans la conception, la planification et la gestion de leur système de santé, on appelle à les soutenir dans la prise de décision et à les rendre également responsables.

La crise de la COVID l'a révélé : il y a urgence nationale à redonner à ce système de santé de la latitude, de la souplesse, à ouvrir la porte à de l'innovation, à des initiatives, à sortir de cette idéologie toxique du « one size fit all », qui revient à dire que ce qui est bon à Montréal doit nécessairement l'être à Rouyn-Noranda ou à Amqui, et plus encore, à renouer avec la contribution des citoyens dans la gouvernance des établissements, qui, après tout, ont certainement une valeur ajoutée en ce qui touche la connaissance de leur milieu, plutôt qu'un quelconque cadre supérieur souvent situé à des centaines de kilomètres de l'établissement. Il y a impérieuse nécessité de recréer des liens entre la société civile et les établissements de santé. La démonstration est depuis longtemps faite : meilleure est la qualité du débat et l'inclusion des parties prenantes, plus légitimes et efficaces sont les décisions qui en découlent.

Du même coup, il faudrait en finir avec cette conception binaire des acteurs de la santé ici au Québec, qui ne consiste qu'à voir des acteurs publics ou privés à finalité lucrative dans la propriété et la gestion des établissements de santé, hôpitaux, cliniques et autres.

Pour mémoire, une des cliniques populaires des années 1960 a résisté à cet asphyxiant processus d'institutionnalisation dont ont été victimes les autres. Après 50 ans, la clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles a fait la démonstration magistrale qu'il est possible pour les citoyens de jouer un rôle actif dans la gouvernance d'un établissement de santé et de proposer une approche sanitaire qui tienne compte des déterminants de la santé : alimentation, logement, pollution, etc.

Plus récemment, d'autres structures démocratiques semblables ont aussi graduellement occupé un espace plus important, en l'occurrence les coopératives de santé, dont l'emblématique SABSA de Québec, une coopérative de solidarité qui, avec la contribution d'infirmières-praticiennes, fait la démonstration que près de 90 % de cas traités, y compris des cas complexes, ne nécessitent pas de médecin. »

Renée Lamontagne

Professeure à l'École nationale d'administration publique (ENAP) et ex-sous-ministre adjointe à la Santé, ayant travaillé entre autres sous deux ministres de la Santé, Philippe Couillard et François Legault. Elle enseigne maintenant la gestion en santé.

La responsabilité des autres, Paul Journet, La Presse, 10 février 2021

« Où sont les conseils d'administration ? »

Le journaliste Paul Journet a contacté Mme Lamontagne pour discuter du Manoir Liverpool. Une nouvelle enquête du Ministère révèle la négligence épouvantable subie par les aînés. On parle de trois semaines passées sans bain. De nourriture rationnée. De médicaments oubliés. De chambres qui ressemblent à des toilettes. De « croûte blanche dans la bouche », de champignons et de plaies. De mépris pour la dignité humaine.

Cette ressource intermédiaire se fait confier des patients par le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches. Or, le PDG de ce CISSS est Daniel Paré. Le grand responsable, aujourd'hui, de la campagne de vaccination. L'homme de confiance du gouvernement pour l'opération la plus délicate de la pandémie.

Et il garde son poste.

Comment peut-il garder la confiance de Québec ? Et que valent les promesses d'« imputabilité » de François Legault ?

M. Paré se défend. S'il n'a rien fait, c'est parce qu'il ne savait pas. Il n'aurait pas toléré, juré-t-il. La preuve, il est intervenu dans 13 autres établissements avec des cas de négligence.

Que penser de sa version ?

« C'est possible », réagit prudemment Renée Lamontagne. « Les CISSS sont des monstres bureaucratiques, et leurs dirigeants sont loin du terrain. Mais il y a un acteur qu'on oublie: le conseil d'administration. C'est écrit dans la loi. Ce sont les conseils d'administration qui sont les premiers responsables de la qualité des services et de la sécurité des usagers. Ils doivent

mettre en place un comité de gestion des risques. Et aussi embaucher un commissaire aux plaintes qui leur rend des comptes. »

Mme Lamontagne donne l'exemple du scandale à l'hôpital Saint-Charles-Borromée en 2003. Elle s'en souvient bien – elle était alors sous-ministre adjointe. L'hôpital avait été mis sous tutelle. « Et c'est l'ensemble du conseil d'administration qui avait été renvoyé. »

En principe, l'« imputabilité » exige trois choses, résume Mme Lamontagne : un mandat clair, une reddition de comptes et de la transparence. Tout le débat consiste à savoir comment l'appliquer.

Avec la réforme Barrette, plusieurs établissements ont été regroupés dans les CIUSSS et les CISSS. Cela a réduit le nombre de conseils d'administration. Ils ne choisissent plus le directeur général et président du conseil. Le dernier mot revient désormais au ministre.

Les administrateurs ont ainsi plus de choses à surveiller, et moins de pouvoirs pour le faire. Mais cela ne change pas leur responsabilité, rappelle Mme Lamontagne.

Jasmin Guénette

Co-auteur de l'étude LES SOINS DE SANTÉ EN SUÈDE : DÉCENTRALISÉS, AUTONOMES, CONCURRENTIELS ET UNIVERSELS et membre de l'Institut Économique de Montréal (IEDM)

Le Québec devrait s'inspirer du système de santé suédois; La Suède tire profit de la décentralisation, Johanne Roy, Le Journal de Québec, 15 juin 2017

« Dans un système de santé décentralisé comme celui de la Suède, où l'on tire profit de la contribution du privé, il y a une certaine concurrence entre les différents hôpitaux et fournisseurs de soins. Cela fait en sorte que le système est plus performant et que les gens attendent moins longtemps pour se faire soigner. [...] Au Québec, on fait tout le contraire. Avec son projet de loi 130, le ministre Barrette aura plus de pouvoirs sur les dirigeants, la gestion et le fonctionnement des hôpitaux. [...] Au Québec, chaque nouveau ministre de la Santé dit toujours qu'il va s'attaquer aux listes d'attente, mais on n'attaque pas la racine du problème qui tient à un système trop bureaucratique et trop centralisé. »

https://www.iedm.org/sites/default/files/web/pub_files/lepoint0917_fr.pdf

Conseil pour la Protection des Malades

Réseau de la santé : le mastodonte bureaucratique, Caroline Touzin et al, La Presse, 2 mai 2020

« Ce qui est décidé en haut n'arrive pas en bas. [...] Les directives et déclarations provenant du plus haut niveau du gouvernement (premier ministre, ministre de la Santé) prennent du temps ou sinon ne se rendent pas sur le terrain. [...] Il manque de gens expérimentés dans l'Administration pour gérer la présente situation. »

Extrait d'une lettre envoyée le 27 avril 2020 à la ministre responsable des Aînés, Marguerite Blais, et à celle de la Santé, Danielle McCann.

Anne Kettenbeil

Présidente du comité des résidents de l'IUGM

Institut de gériatrie de Montréal: quand la forteresse tombe, Émilie Bilodeau et al, La Presse, 4 mai 2020

Pour Anne Kettenbeil, la responsabilité de cette bataille perdue relève surtout de la lourdeur administrative imposée par le CIUSSS.

« Il y a beaucoup de blâme porté sur l'IUGM, mais avec les CIUSSS, cet institut d'excellence a été castré de tous ses pouvoirs. Le CIUSSS est un monstre administratif dans lequel il n'y a plus aucune agilité. »

Yvan Allaire, Caroline Cambourieu et Mihaela Firsirotu

Respectivement Président exécutif du conseil à l'IGOPP (Institut sur la Gouvernance d'Organisations Privées et Publiques); Directrice de la recherche à l'IGOPP; Professeure retraitée de stratégie, UQAM

Gouvernance des CHSLD: la honte et le chagrin, Yvan Allaire et al, La Presse, 9 mai 2020

« Certains intervenants, bouleversés par ce qu'ils ont observé, ont crié au génocide gériatrique. Que dire de l'insoutenable chagrin des familles qui savaient qu'un des leurs se mourait seul en CHSLD!

Il faudra bien tirer cette situation au clair, identifier les responsables et prendre les mesures pour que plus jamais cela ne se répète.

Des faits pénibles et accusatoires :

- Rappelons-le : au Québec, en date du 6 mai 2020, plus de 90 % des personnes mortes des suites de la COVID-19 étaient âgées de 70 ans et plus (74 % pour les 80 ans et plus); près de 80 % des décès sont survenus en CHSLD (62,9 %) et dans les résidences pour personnes âgées (RPA, 16,7 %). Cela était prévisible; l'expérience chinoise démontrait en février 2020 que les personnes de 70 ans et plus représentaient 78 % des décès !
- Des centaines de personnes âgées, fragilisées, hospitalisées, transférées des hôpitaux vers des CHSLD et d'autres milieux d'hébergement afin de libérer des milliers de lits destinés à soigner les éventuels patients atteints de la COVID-19 – mais qui furent en grande partie superflus durant les premières semaines de la crise;
- Selon une source récente, en 2018-2019, soit avant le début de la pandémie, les équipes de soins de base disponibles en CHSLD répondaient à seulement 71 % des besoins en assistance et en soins des résidents (CIRANO, avril 2020);
- Sur une période de 10 ans (2010 à 2019), le nombre des infirmiers, infirmiers auxiliaires et préposés aux bénéficiaires n'a augmenté que de 13,2 % (de 105 330 à 119 241);
- Le manque criant de ressources humaines en CHSLD a fait en sorte qu'on ait recours à des mesures qui ont contribué à la propagation de la maladie: des équipes volantes de soins infirmiers; un roulement constant d'un personnel démotivé et exténué; un taux d'absentéisme anormalement élevé; un manque criant de préposés aux bénéficiaires et d'infirmières. Il faut maintenant faire appel à l'armée canadienne!
- En conséquence, non seulement le Québec compte-t-il plus de la moitié des décès au Canada (en date du 8 mai 2020), mais le taux de décès dans les établissements de soins de longue durée québécois est trois fois supérieur à l'Ontario et plus de 10 fois supérieur à la Colombie-Britannique pour les établissements équivalents. Pourquoi?

La cause tient tout probablement de l'organisation et de la gouvernance du système de santé québécois. Au fil des réformes du système de santé québécois mises en place depuis le début des années 2000, les CHSLD publics ont écopé durement. Ils ont perdu successivement leurs conseils d'administration, leur direction générale et leur autonomie de fonctionnement. En conséquence de la loi modifiant la gouvernance du système, les CHSLD sont passés d'un statut d'établissement de santé autonome à une installation, « lieu physique où sont dispensés les soins de santé et les services sociaux à la population du Québec » (Glossaire, MSSS, janvier 2016).

Commettant une erreur énorme, cette réforme imposa au réseau une structure « matricielle », comportant un chassé-croisé de responsabilités fonctionnelles et d'autorité décisionnelle.

Ce genre de structure discréditée dans le secteur privé depuis la fin des années 70 distribue l'autorité décisionnelle entre plusieurs fonctions, chaque cadre relevant de plusieurs « supérieurs » selon les sujets et les décisions.

Selon ce type d'arrangements, par exemple, les CHSLD ne comptent pas de directeur général sur place avec des responsabilités d'ensemble. Chacun des CHSLD publics compte sur un chef d'unité (cadre intermédiaire), dont il est difficile de cerner précisément les responsabilités et les tâches.

Ce chef d'unité relève de différentes directions réparties sur plusieurs sites physiques souvent éloignés (directeur adjoint de l'hébergement, directeur du programme de soutien autonomie des personnes âgées (SAPA), directeur général adjoint programmes sociaux, PDG) et doit prendre en compte le lien fonctionnel entre le directeur adjoint de l'hébergement et le coordonnateur médical de l'hébergement. À ces liens hiérarchiques et fonctionnels s'ajoute « une cogestion clinico-administrative et médicale de type transversal » (?).

Ajoutons l'omniprésence du Ministère avec ses règles, ses politiques et ses contrôles multiples et tatillons.

C'est ainsi qu'on aboutit à des organigrammes d'une effarante complexité pour les CISSS et les CIUSSS, une dilution des responsabilités et une lenteur pathologique dans la prise de décision.

Puis arriva une pandémie dans ce système kafkaïen !

Que faire ?

Une fois cette crise passée, il faudra en faire l'autopsie pour bien comprendre les pathologies qui sournoisement avaient affaibli le système. La liste des mesures correctrices sera longue.

Un aspect sera toutefois incontournable. Il faut redonner aux unités de soins, dont les CHSLD (autrefois appelés des établissements), une direction générale sur place avec la latitude décisionnelle appropriée et les moyens pertinents. Il ne s'agit pas de faire une autre réforme du système, mais de remettre les responsabilités aux bonnes places. »

Patrick Déry

Rédacteur et analyste en politiques publiques à l'Institut Économique de Montréal (IEDM)

C'est les incitations, stupide! Notre système de santé pourrait s'améliorer de lui-même si on l'encourageait un peu plus à le faire, Patrick Déry, Huffpost, 17 février 2021

Décentraliser le paquebot de la santé, Patrick Déry, La Presse, 10 octobre 2020

« Pourquoi notre système de santé peine-t-il autant à innover? La réponse se trouve en bonne partie dans le titre coiffant cet article (référence à la citation célèbre de James Carville: «It's the economy, stupid!»).

Il y a cinq ans, le Commissaire au bien-être et à la santé a formulé une liste de recommandations qui tombent sous le sens pour réduire l'engorgement dans nos urgences, possiblement les pires de tout le monde développé.

J'en nomme quelques-unes, juste pour montrer à quel point elles semblent évidentes:

- Améliorer l'accès au médecin de famille (noooooon!);
- Accroître les responsabilités des infirmières à l'urgence (vraiment?);
- Mesurer la pertinence clinique et la performance des médecins, et diffuser régulièrement ces informations (ça ne se faisait pas déjà?);
- Rendre compte de façon transparente de la performance des urgences (duh!).

On conviendra que c'est l'équivalent de la tarte aux pommes appliquée au fonctionnement de nos hôpitaux: personne ne peut être contre ça, surtout que nos urgences sont bondées depuis plus de quarante ans. La seule question qui reste à poser est: pourquoi n'y sommes-nous toujours pas arrivés?

On va reprendre les points du Commissaire, un par un.

Améliorer l'accès aux médecins de famille: Ça fait des dizaines d'années que le chemin des Québécois vers le médecin de famille, c'est la croix et la bannière. L'automne dernier, près de 700 000 d'entre nous poireautaient sur une liste qui s'étire constamment. Pourtant, le Québec (et le Canada) reste encore l'un des endroits en Occident où l'on forme le moins de nouveaux médecins, comme si on voulait perpétuer le problème.

Accroître la responsabilité des infirmières: Nos infirmières peuvent faire beaucoup plus lorsqu'elles ne sont pas chaperonnées par les médecins, ce qui permet de leur enlever un peu de pression tout en aidant les patients, comme je le mentionnais dans un texte précédent. Mais le Québec, en retard sur ce plan comme sur bien d'autres, avance toujours très lentement, comme si nos infirmières étaient moins compétentes que celles d'autres provinces ou pays.

Mesurer la performance des médecins et la diffuser: N'importe quel gestionnaire à moitié qualifié sait que le partage des meilleures pratiques, c'est la grosse base pour améliorer des équipes de travail, qu'il s'agisse d'un atelier de mécanique, d'une firme d'avocats ou même de sport professionnel. Quelques-unes de nos meilleures urgences donnent à leurs médecins un bulletin de performance de leur rendement, mais les hôpitaux qui le font restent l'exception plutôt que la règle. Pourquoi on ne fait pas ça d'office?

Rendre compte de façon transparente de la performance des urgences: En Ontario, on a accès en quelques clics à la durée de séjour à l'urgence ainsi qu'à une foule d'indicateurs, dont l'attente pour des chirurgies et les examens d'imagerie, pour chacun des hôpitaux de la province et depuis plusieurs années. Au Québec, royaume du bordel informatique, on doit

encore passer par une demande d'accès à l'information. Sans blague. L'Ontario n'est pourtant pas sur une autre planète, mais juste de l'autre côté de la rivière!

Je répète, tout ça est aussi évident que les pustules qui garnissaient jadis mon front d'adolescent. Alors pourquoi on ne le fait toujours pas?

RAISON 1: On ne veut pas que ça change

Une première raison est qu'il y a toujours quelqu'un, quelque part, qui a intérêt à ce que rien ne change. Le Collège et les fédérations de médecins ont longtemps protégé le territoire professionnel de leurs membres aux dépens de ce qui était mieux pour le patient, même si les infirmières et les pharmaciens (entre autres) sont parfaitement qualifiés pour s'occuper d'une foule de problèmes de santé en première ligne, et bien plus facilement accessibles.

Les patients voudraient évidemment qu'il y ait plus de médecins, mais tous les médecins ne sont pas de cet avis. En 2017, la Fédération des médecins étudiants a averti qu'un surplus de médecins se profilait à l'horizon et que certains seraient éventuellement forcés au chômage. C'était farfelu, mais quelques mois après, l'ex-ministre de la Santé, Gaétan Barrette, réduisait le nombre d'étudiants admis en médecine sur l'avis de son ministère. Évidemment, le salaire des médecins est une dépense importante que le gouvernement n'a pas intérêt à augmenter.

Enfin, la plupart des médecins se considèrent comme des travailleurs autonomes – même si dans les faits, leur seul client est le gouvernement – et ne veulent rien savoir d'une évaluation de rendement. Personne n'aime se faire évaluer, mais la plupart seront d'accord que c'est un exercice d'humilité qui porte à se remettre en question et à réfléchir un peu.

RAISON 2: Un système très centralisé

La deuxième raison pour laquelle les changements sont très difficiles à implanter tient à la grande centralisation de notre système de santé et à sa gestion de type «top-down», qui n'a pas beaucoup évolué depuis 50 ans. Le Québec est une contrée immense où les réalités des patients, des soignants et des établissements de santé varient énormément, mais tout changement d'importance doit obligatoirement passer par le ministère et remonter au politique. Quand une décision est prise, elle est souvent imposée de façon uniforme, de Gaspé à Gatineau.

Dans bien des pays d'Europe, l'administration et le financement des systèmes de santé sont décentralisés au niveau régional et local, ce qui permet d'expérimenter et de comparer différentes solutions pour la fourniture des soins, sans devoir toujours attendre après le ministère.

Au Québec, en contraste, l'organisation du système est décidée par le ministère jusque dans le détail des départements des hôpitaux, qui sont à peu près identiques sur tout le territoire. Ça tombe sous le sens que l'hôpital du Grand-Portage, à Rivière-du-Loup, soit capable d'offrir le plus grand éventail de soins possible à ses patients. Mais lorsque plusieurs hôpitaux sont situés à quelques rues l'un de l'autre, comme c'est le cas à Montréal et Québec, est-il nécessaire qu'ils aient chacun un département d'urgence? Ne pourrait-on pas regrouper les

ressources à l'urgence – souvent étirées à la limite – dans un même endroit, et le département d'obstétrique dans un autre, par exemple?

On se rendrait immensément service si Québec ne prenait en charge que les grands déterminants – les questions professionnelles, la couverture des soins et celle des médicaments –, et qu'on laissait aux autorités locales et aux établissements eux-mêmes tout ce qui touche les opérations, en faisant suivre le financement.

Le fait que les conventions collectives dans le milieu de la santé s'appliquent de façon à peu près uniforme à l'ensemble de la province n'incite pas non plus à tenter localement différents arrangements qui pourraient ensuite être reproduits ailleurs, selon leur succès. C'est sans compter que le coût de la vie n'est pas tout à fait le même à Sept-Îles, Saguenay et Laval...

Le principal avantage du mur-à-mur est donc son principal inconvénient: c'est pareil partout. Certains vont dire que ça garantit des standards minimums. L'expérience montre plutôt que c'est une excellente façon de s'assurer que rien ne s'améliore.

RAISON 3: De mauvaises incitations

La troisième raison, et la plus importante pour expliquer la grande difficulté de notre système à s'améliorer de lui-même, est l'absence de bonnes incitations, et la présence de plusieurs incitations perverses.

Quelques exemples :

- Le paiement des médecins en fonction du nombre d'actes, sans égard aux meilleures pratiques et au résultat pour le patient.
- La hauteur de leur rémunération, l'une des plus élevées au monde, qui en incite plusieurs à limiter leur temps de travail.
- Le temps supplémentaire obligatoire pour les infirmières permanentes les encourage à refuser les postes à temps plein, et d'autres à quitter le métier, ce qui aggrave les pénuries de personnel.
- Le financement annuel des hôpitaux, versé sous la forme d'une budget «global», fait que ceux-ci ne reçoivent pas plus d'argent si le nombre de patients augmente. Évidemment, ça n'incite pas les gestionnaires à se surpasser pour soigner plus de patients...
- Les gestionnaires des établissements sont nommés et dégommés selon le bon vouloir du politique, et généralement peu imputables, sauf si un problème grave attire l'attention des médias. Et même là, ce n'est pas toujours suffisant pour que des sanctions s'appliquent.
- La culture rigide et opaque du ministère de la Santé fait en sorte que l'initiative est rarement récompensée, l'honnêteté encore moins. Suivre des directives idiotes au pied de la lettre ne fait que courir le risque d'avoir l'air fou, tandis que dénoncer une surcharge de travail dangereuse peut mener au congédiement.

- L'absence d'indicateurs facilement accessibles fait en sorte qu'il est difficile de comparer la performance des établissements de santé et du système en général. Le Québec, est encore ici un cancre, nationalement et internationalement, tant en ce qui trait à l'évaluation de la performance du système que pour la publication de ces données.

Aider le système à se changer lui-même

C'est plutôt difficile d'atteindre un objectif en demandant à des individus de faire une chose, mais en les encourageant concrètement à faire le contraire. L'erreur serait par contre d'établir une nouvelle série de cibles, de règles et de normes, sans les bonnes incitations.

On doit plutôt créer les conditions qui vont rendre les changements possibles et faire en sorte que ces changements arriveront d'eux-mêmes, sans cris, sans douleurs, et surtout sans une réforme dont personne ne veut entendre parler.

Une abolition des quotas d'étudiants en médecine permettra à terme d'améliorer l'accès tout en redonnant un peu plus de choix aux patients (permettre aux autres professionnels de la santé de faire tout ce pour quoi ils sont formés aidera aussi).

Une refonte de la rémunération des médecins récompensera la prise en charge des patients et leur état de santé général (en tenant compte des clientèles), plutôt que de miser uniquement sur le volume.

L'abolition du temps supplémentaire obligatoire encouragera les infirmières à accepter des postes à temps plein, sans crainte de devoir multiplier les journées consécutives de 16 heures (d'ailleurs, ça n'existe pas dans les hôpitaux anglophones du Québec, et c'est aussi interdit... pour les camionneurs).

Un financement plus adapté des hôpitaux, lié au volume de patients traités, qui est la norme dans la plupart des pays développés depuis de nombreuses années, et qui tarde à être implanté ici, récompensera les meilleurs hôpitaux plutôt que de les pénaliser, et incitera les autres à faire mieux.

Enfin, comme ce qui ne se mesure pas peut difficilement s'améliorer, on doit miser sur des indicateurs de performance publics, et cesser de punir la transparence et l'honnêteté. Notre système de santé a déjà suffisamment de problèmes sans qu'on tape sur la tête de ceux qui ont le courage de mettre le doigt là où ça fait mal.

* * *

« Beaucoup de choses ont été tentées depuis des années, mais ce principe général plus simple n'a jamais été appliqué ici. Au lieu de toujours surnormer et surréglementer, en pensant aux exceptions, créons des conditions pour le changement et faisons un peu plus confiance à la bonne volonté de l'immense majorité de ceux qui nous soignent et des autres qui les aident à faire leur travail.

On n'a plus le luxe d'attendre. Notre système de santé est déjà gravement malade. Et le vieillissement de la population, c'est maintenant. Aidons le système à se changer lui-même. »

« Si Québec veut améliorer sa réponse à la pandémie, qu'il se retire de la gestion quotidienne et fasse confiance à ses directions régionales

Vous êtes pilote de paquebot. Un iceberg sort de la brume et se dresse droit devant. Avant de pouvoir donner un coup de gouvernail, vous devez envoyer un message en code morse et attendre l'autorisation du port, à 1000 kilomètres de là. Quand la réponse arrive, on vous demande une photo de l'iceberg, sa taille et la température extérieure. Pendant ce temps, la collision approche...

Notre système de santé hypercentralisé fonctionne un peu comme ça. Le 13 mars, Mylène Drouin, la patronne de la Santé publique de Montréal, demande que le personnel revenant de voyage fasse l'objet d'une quarantaine rétroactive, citant « plusieurs cas [...] qui développent des symptômes¹ ». Horacio Arruda, le directeur national, acquiesce.

L'iceberg se rapproche. Mme Drouin rappelle à M. Arruda qu'il doit aviser la direction des ressources humaines du ministère de la Santé, qui a envoyé d'autres consignes à l'intention du personnel. La demande est restée lettre morte.

On connaît la suite. Les travailleurs de la santé ont contribué malgré eux à propager le virus dans les hôpitaux et les CHSLD. La Dre Drouin voyait le danger, mais elle n'a pu l'éviter. Boum.

Même chose pour le dépistage. Mi-mars, on voyait les signes de transmission communautaire se multiplier à Montréal. La direction nationale, bien installée à 260 km de là, maintenait l'ordre de garder le cap et de ne tester que les voyageurs et leurs proches. On a perdu une semaine, peut-être plus. C'est énorme.

La Santé publique montréalaise aurait pu réagir plus rapidement si on lui en avait donné les moyens, mais le volant était à l'autre bout de l'autoroute 20.

L'illusion de la connaissance

Notre système de santé est une bête immense et complexe. Il emploie plus de 300 000 préposés, auxiliaires, infirmières, médecins, pharmaciens, techniciens, professionnels et gestionnaires œuvrant dans une centaine d'hôpitaux, plus de 400 CHSLD et quelques milliers de cliniques médicales et CLSC éparpillés entre Natashquan et Hawkesbury. Les interactions avec les patients se comptent en centaines de millions.

Il est illusoire de penser qu'une poignée de bureaucrates, aussi brillants soient-ils, puissent détenir toute l'information pour décider de la direction à donner au système.

Les dysfonctionnements du paquebot de la santé ont beau faire la nouvelle depuis 40 ans, on se tourne encore vers le ministre chaque fois qu'il manque de pansements dans une armoire. J'exagère à peine.

La pandémie a exacerbé le phénomène. Un petit groupe autour du premier ministre prend la plupart des décisions qui affectent des régions aux réalités aussi différentes que le Bas-Saint-Laurent, Lanaudière ou l'Estrie (et sans laisser de traces écrites, un autre problème²).

On se prive d'une connaissance et d'une expertise vitales. Les directions régionales de santé publique sont composées de gens compétents, pas moins intelligents que nos décideurs à Québec. En plus, ils ont l'avantage de savoir et de comprendre ce qui se passe chez eux sans avoir à se le faire expliquer.

En bloquant les initiatives locales ou en les soumettant à différents filtres, on décourage les nouvelles idées et on perd un temps de réaction précieux. C'est aussi un principe économique fondamental : la planification centralisée n'a jamais donné les meilleurs résultats. La Dre Drouin l'a constaté à la dure.

Le contraste allemand

L'Allemagne est un exemple de ce qu'un système de santé très décentralisé – autant sur le plan de la gestion que celui du financement – peut produire.

Dès la mi-janvier, avant même qu'un seul cas ne soit recensé dans le pays, l'hôpital de la Charité de Berlin avait développé un test pour la COVID-19 et mis sa formule en ligne³. Des laboratoires publics et privés se sont mis à produire des kits de dépistage massivement ; le gouvernement s'est simplement assuré qu'ils seraient couverts et accessibles à tous. En avril, la capacité de tests a atteint 1 million par semaine en Allemagne, ou 100 000 à notre échelle. Le Québec n'est arrivé à ce niveau qu'à la fin juillet, quand le feu était pratiquement éteint.

Toujours en Allemagne, les autorités régionales sont responsables de placer une région en confinement quand on franchit le seuil de 500 cas par million d'habitants en une semaine (ou 71 par million par jour) est atteint... et sans attendre le signal d'Angela Merkel ! La plupart le font rapidement, et parfois très localement. Au Québec, la Capitale-Nationale a eu le temps d'entrer statistiquement dans le rouge avant que le gouvernement ne se décide à adopter quelques-unes des mesures associées au palier orange...

Si Québec veut améliorer sa réponse à la pandémie, qu'il garde un rôle de facilitateur, mais qu'il se retire de la gestion quotidienne et fasse confiance à ses directions régionales et leurs établissements pour réagir adéquatement et promptement. Certaines vont sans doute se tromper, mais l'émulation les dirigera naturellement vers les meilleures solutions.

Ça serait d'ailleurs une bonne pratique à considérer lorsque la pandémie sera terminée. Et pas juste en santé. »

Marie-Sophie L'Heureux

Ex-infirmière et rédactrice en chef de Santé Inc.

Structure du réseau de la santé: «c'est trop gros, c'est pas gérable», Éric Yvan Lemay, Le Journal de Montréal, 21 avril 2020

« C'est monstrueux. Ça rend les choses extrêmement lentes » Celle qui a décidé de prêter main-forte dans la lutte à la COVID-19 estime que le réseau de la santé a été trop centralisé avec les réformes successives menées par les ex-ministres libéraux Philippe Couillard et Gaétan Barrette.

Agnes Gruda

Éditorialiste à La Presse

Réseau de la santé : dompter le monstre, Agnes Gruda, La Presse, 6 mai 2020

« L'employeur, dans le domaine de la santé, ce n'est pas une personne, c'est personne. »

« La phrase est tirée du reportage que nos collègues ont publié, samedi, sur le « mastodonte bureaucratique » qu'est devenu le réseau québécois de la santé et des services sociaux. Elle en dit long sur les failles qui ont été exacerbées par l'épidémie actuelle et qui ont compliqué notre réponse à la vague de contagion.

La main droite qui ne sait pas ce que fait la main gauche. La tête qui n'a aucune idée de ce qui se passe au sol, là où sont posés les pieds. L'information qui ne circule pas. Et des employés qui s'arrachent les cheveux pour un geste aussi simple que trouver des poubelles.

Ce chaos administratif découle, du moins en partie, de la réforme imposée en 2015 par l'ex-ministre de la Santé et toujours député libéral Gaétan Barrette.

Converti en commentateur dont le compte Twitter jouit d'une belle audience, M. Barrette devrait se garder une petite gêne quand il sème ses opinions et décrète ce qu'il aurait fait s'il était toujours ministre de la Santé.

Ce poste, il l'a occupé de 2014 à 2018. Et son bilan est catastrophique.

Plusieurs intervenants du réseau nous ont confirmé que les cafouillages observés depuis deux mois sont liés à l'hypercentralisation, à l'hyperhiérarchisation et aux compressions induites par sa réforme de 2015. Cette réforme n'explique pas tout. Mais elle n'a vraiment pas aidé...

Rappelons qu'il y a cinq ans, un vent de changement s'est abattu sur le réseau de la santé et des services sociaux. La réforme a réduit le nombre d'établissements de 192 à 34. Elle a entraîné le départ d'au moins 2000 gestionnaires, ce qui devait générer des économies de 220 millions par an.

Hôpitaux, CHSLD, CLSC, centres jeunesse ont tous atterri sous le parapluie des CIUSSS et des CISSS, les nouveaux pivots du système. Les CHSLD ont été dépouillés de leurs directions et de leurs conseils d'administration propres. Et sont tombés sous la gouverne de supergestionnaires supervisant trop d'institutions dans de trop larges territoires.

Résultat : des employés qui ne savent pas vraiment qui est leur patron ni comment le joindre, résume Carole Trempe, directrice de l'Association des cadres supérieurs de la Santé et des Services sociaux.

L'avis est unanime : les chefs sont trop loin du terrain. Et les professionnels de la santé, tout comme les usagers, ont été noyés dans des organisations qui n'ont de comptes à rendre qu'à Québec.

Ajoutez à ça les coupes de 30 % que l'ex-ministre Barrette a imposées à la Santé publique. Et enfin, la cerise sur le gâteau : l'abolition du poste de Commissaire à la santé et au bien-être, qui posait un regard indépendant sur le fonctionnement du système. Poste qui a été rétabli depuis, fort heureusement.

Les effets pervers de la réforme Barrette sont bien connus. L'épidémie de COVID-19 a projeté une lumière crue sur leurs conséquences potentielles. Mais une fois qu'on a dit ça, on fait quoi ?

Le gouvernement de la CAQ a déjà exclu de rebrasser les structures de la santé. Avec raison. Le Québec s'inflige une de ces réformes chaque décennie. Il y a eu la réforme du début des années 90, menée pour rapprocher le réseau des usagers. Celle du début des années 2000, qui a amorcé un mouvement centralisateur. Puis celle de 2015, qui a poussé la centralisation à son paroxysme.

Peu importe leurs mérites, ces réformes sont difficiles à digérer. Mieux vaut éviter de se lancer dans une nouvelle opération de grands chambardements, cinq ans à peine après la dernière.

Par contre, s'il y a une leçon à tirer de la crise actuelle, c'est que le système doit à tout prix être amélioré. Qu'il faut dompter la bête bureaucratique.

Peut-on, sans tout bousculer, redonner une direction à chaque établissement, quitte à embaucher de nouveaux gestionnaires ? Peut-on donner plus d'autonomie à ceux qui travaillent sur le plancher des vaches et savent ce qui s'y passe ? Trouver des mécanismes pour les consulter ? Rapprocher les établissements des communautés qu'elles desservent ?

Une fois que l'urgence sera passée, ces questions deviendront incontournables. »

Jocelyn Daneau

Économiste à la retraite, blogueur et candidat à la Mairie de Sorel-Tracy aux élections de novembre 2021

L'Hôtel-Dieu de Saurel et la Santé où la technique du judo, Jocelyn Daneau, Sorel-Tracy Magazine, 7 mai 2020

« Nous savons que la MRC Pierre-De Saurel et son porte-parole le plus percutant, le maire de Saurel M. Serge Péloquin, prennent la parole régulièrement pour défendre bec et ongles, le maintien et l'amélioration dans notre région, de notre niveau de services en santé et services sociaux (la Santé ci-après), plus particulièrement en ce qui concerne l'hôpital Hôtel-Dieu.

Nous savons depuis longtemps, parce que les médias nous le rapportent abondamment, tout comme les analystes de tous les horizons qui en font leurs choux gras, en même temps que la pandémie de COVID-19 nous le confirme quotidiennement avec l'hécatombe dans les CHSLD, que la réforme Barette de notre système de Santé et de services sociaux est grande partie, un échec.

Nous savons aussi que la Santé, c'est 50 % du budget du Québec et une structure (administrative) pléthorique, hypercentralisée, digne des pires excès où un communiste chinois, commissaire du peuple, y serait à l'aise comme un poisson dans l'eau. Finalement, nous le savons, du moins pour l'instant et sauf modification cosmétique, le gouvernement Legault ne veut pas jouer dans les structures de la Santé.

Ce qui fait que, en ce 5 mai 2020, on se retrouve encore dans un média national, La Presse, pour les mauvaises raisons avec une manchette du type : « L'Hôtel-Dieu de Sorel, l'enfant pauvre du CISSS de la Montérégie-Est »; ce qui n'est rien pour donner confiance aux citoyen(ne)s de la région ou en attirer de nouveaux, une denrée dont nous aurions grandement besoin.

Mais, côté positif, le tout pourrait avoir comme conséquence, que la direction du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est (CISSSME) duquel relève l'Hôtel-Dieu, va peut-être faire ce qu'elle fait habituellement, c'est d'essayer de calmer le jeu en installant ce que l'on appelle en informatique, une « patch ». L'un des « patchages » parmi les plus importants a consisté en avril 2019, à nommer un directeur adjoint des activités hospitalières pour notre hôpital. Manifestement, comme le monstre informatique qu'est le système de paye Phénix à Ottawa, la « patch » ne semble pas avoir collé. L'hydre se révèle toujours aussi indomptable. Alors, que faire?

Autorité et pouvoir

Souvent confondus, les mots pouvoir et autorité relèvent de définitions différentes. C'est l'autorité qui se définit le plus facilement, qui a un sens plus direct. Selon Le Larousse, c'est le pouvoir de décider ou de commander et d'imposer ses volontés à autrui. Donc, l'autorité inclut le pouvoir.

L'autorité peut nous être donnée par l'État, le résultat électoral, votre entreprise, etc. À vous maintenant, de vous faire reconnaître le pouvoir qui avec celle-ci et donc, la crédibilité. Dans les cas extrêmes, vous pouvez avoir l'autorité sans le pouvoir, c'est le cas d'un président fantoche dans une république de banane. Vous pouvez aussi avoir le pouvoir, mais aucune autorité. C'est cas des gens qui par exemple, détiennent une autorité morale, les gens en rôle-conseil, qui sont chroniqueurs ou dans le contexte actuel des médias sociaux, lorsque vous êtes reconnu comme « influenceur ».

Tout ça pour vous dire que relativement à la Santé dans la région de Saurel, nous n'avons aucune autorité. Laquelle est détenue presque exclusivement par les fonctionnaires et dans une moindre mesure et de façon temporaire, par la classe politique en exercice. Il faut donc que la région de Saurel aille au-delà de l'intervention médiatique ponctuelle, pour se construire dans la durée, un rapport de force organisé en allant se chercher du pouvoir.

La gouvernance où l'art de se gouverner soi-même

S'occuper de ses affaires, c'est plus que d'être partie prenante de sa propre gouvernance, c'est s'y engager. En ce sens, l'un des leviers du pouvoir dans un Centre intégré de santé et de services sociaux, c'est son conseil d'administration. Il existe une abondante littérature sur les rôles et responsabilités de ceux-ci ainsi que sur leur représentativité.

Sur ce dernier aspect fondamental, au-delà des considérations éthiques des membres des CA, il est requis que ceux-ci aient un attachement quelconque avec l'organisation dont ils ont la responsabilité. Chez Hydro-Québec par exemple, c'est la fierté d'être reconnu comme un gestionnaire d'exception dans la société québécoise. Pour la Société historique Pierre-De Saurel, c'est surtout d'être un passionné de notre histoire collective. Dans les entreprises privées, il est recommandé et souvent exigé que les membres du CA possèdent un bloc d'actions significatif.

L'examen de la représentativité du CA du CISSSME qui gère notamment notre Hôtel-Dieu, ne démontre pas un lien solide, une connexion directe, avec la région de Saurel et ce, sans égard à la qualité de ces personnes et leurs compétences. Autrement dit, sauf peut-être pour une personne et sans information sur le lieu de résidences des autres membres de ce CA, il ne semble y avoir aucun résident de la région de Saurel.

De plus, ce qui laisse perplexe sur la pertinence de ce type de CA, c'est que les personnes en question représentent essentiellement une fonction (ex. : Expertise dans les organismes communautaires), ce qui est un dédoublement de l'expertise déjà présente à tous les niveaux hiérarchiques en Santé. C'est surtout, peu pertinent d'un point de vue Pierre-De Saurel.

La conclusion qui s'impose, c'est que le Conseil d'administration du Centre intégré de santé et de Services sociaux de la Montérégie-Est responsable du Réseau local de santé de Pierre-De Saurel comme instance décisionnelle, est peu représentatif des citoyen(ne)s de la région de Saurel et de leur besoin.

Il serait donc impératif que nous soyons représentées au sein du CA du CISSSME par au moins une personne résidente de la région de Saurel, en vue de porter nos aspirations et défendre nos droits. À ce titre, le maire en exercice de la ville-centre ou le préfet de la MRC serait la personne toute désignée.

Le syndicat des usagers

La Loi sur les services de santé et les services sociaux stipule à l'article 212, la présence de Comité des usagers par région. Sans entrer dans les détails, son mandat est de défendre les 12 droits des usagers prescrits par la loi (ex. : Droit de recevoir les soins que requiert son état).

Malheureusement, comme ancien membre de ce comité dans Pierre-De Saurel et malgré toute la bonne volonté des personnes passées et présentes qui y œuvrent, cette instance est dans sa forme actuelle, totalement inefficace et contaminée par la réunionite.

Ainsi, notre Comité des usagers est noyé dans l'immense structure administrative du CISSSME et en dépend pour son budget de fonctionnement. De plus, dans la réalisation de sa mission,

il est en compétition par dédoublement de mission, avec le Commissaire aux plaintes et le Conseil pour la protection des malades, quand ce n'est pas avec le personnel du réseau de la Santé. En bout de piste, et c'est le cas dans Pierre-De Saurel, le Comité des usagers est surtout le porte-voix de la direction du CISSSME, quand il devrait être le défenseur des usagers.

Je n'ai jamais fait de judo. Sport noble, j'en comprends qu'il s'agit en partie de canaliser l'énergie de son adversaire par son basculement, au profit de sa propre victoire. Ainsi, considérant que la présence d'un Comité des usagers est une obligation de la loi. Il serait opportun que la MRC Pierre-De Saurel s'intéresse de près, dans la durée, à cette instance pour lui suggérer de transformer son action, sans renier sa mission de base, en vue de devenir une sorte de syndicat des usagers de Pierre-De Saurel.

Autrement dit, la « stratégie de combat » du Comité des usagers de Pierre-De Saurel doit s'inverser dans sa polarité. Elle doit reposer sur un militantisme approprié, lequel permettra de porter les revendications de la région de Pierre-De Saurel directement au cœur du processus décisionnel du CISSSME. À ce titre, le ou la président(e) du Comité des usagers de Pierre-De Saurel devrait aussi être membre du CA du CISSSME.

Louise Grégoire-Racicot

Chroniqueuse au journal Les 2 Rives

Signer cette pétition!, Louise Grégoire-Racicot, Les 2 Rives, 16 juin 2020

« En cette période de déconfinement progressif, une bonne nouvelle a, la semaine dernière, allégé mon humeur parfois morose. Celle de l'agrandissement de l'Hôtel-Dieu pour y ajouter un service d'imagerie par résonance magnétique (IRM).

Pour un, le député Jean-Bernard Émond a certes marqué des points cette fois en convainquant la ministre McCann d'approuver le versement de 6 M\$ pour réaliser ce projet. Cet appareil avait notamment été publiquement réclamé par 88 médecins et pharmaciens du centre hospitalier en mai 2019. Ils alléguaient alors que non seulement l'IRM contribuerait à poser des diagnostics plus rapides et moins invasifs à Sorel-Tracy même, mais qu'il ajouterait à l'attrait et à la rétention de médecins spécialistes et généralistes ici. Un besoin qui se fait sentir depuis un bon moment déjà.

Cependant, cette bonne nouvelle n'atténuera certainement pas l'insistance des maires de la région – particulièrement celui de Sorel-Tracy – à obtenir la décentralisation des services de santé et de redonner aux institutions des régions, l'autonomie nécessaire pour mieux répondre aux besoins de leurs gens. Chose qu'ils réclament depuis février 2019 tant auprès du député Émond que de la ministre. Mais cette dernière n'a pas encore réagi à leur demande.

D'ailleurs, la crise de la COVID-19 a mis en lumière de façon non équivoque la distanciation néfaste entre les lieux de décision du ministère et ceux de dispense des soins. Ainsi que les répercussions dramatiques qu'elle a entraînées, non?

Ce pour quoi une pétition déposée par la région avant le début de la pandémie prend tout son sens et circule à cet effet sur le site de l'Assemblée nationale. Elle réclame l'autonomie

des régions – dont celle de Sorel-Tracy – en matière de dispense de soins locaux mieux adaptés aux besoins, contestant ainsi la réforme Barrette introduite en 2015.

Autre exemple de cet éloignement progressif des centres décisionnels est certes le refus du CISSS de la Montérégie-Centre de diffuser des données spécifiques à la MRC sur le nombre de cas de COVID-19 qu'on y a dépistés. Il a bien spécifié le nombre de cas dans la MRC et à Sorel-Tracy, mais jamais un mot à savoir si ces cas ont été mortels ou guéris. Les personnes atteintes ont-elles été hospitalisées ici? Combien ont été testées et diagnostiquées? Connait-on au moins l'histoire des cas dépistés? Comment s'est-elle répandue? Les personnes ont-elles attrapé la maladie ici ou ailleurs?

Pourtant ces détails auraient certes contribué à rassurer les gens, d'autant que l'on a observé une hausse rapide des cas il y a quelques semaines. La situation, dit-on, est maintenant stable.

C'est bien beau de connaître les données d'autres régions, mais en quoi nous serviraient-elles mieux que les nôtres? Pas question d'alerter les gens, mais plutôt de les situer et ainsi les inciter à prendre les moyens de bien se protéger et de protéger les autres. Rien de plus! Reste qu'il est difficile de croire que cela aurait demandé trop de travail en période de pandémie au personnel affecté à cette tâche, comme on nous répond. Comme si compiler les données pour la Montérégie n'impliquait pas d'y additionner celles de la région de Sorel-Tracy, partie prenante de cette région!

Voilà de bonnes raisons pour inciter tous nos concitoyens qui ont pu constater – directement ou par personnes interposées – la perte d'autonomie de notre région en matière de santé à prendre quelques minutes de leur temps pour aller sur le site de l'Assemblée nationale et signer cette pétition. Une façon bien simple et concrète d'assumer nos responsabilités citoyennes et notre solidarité à l'égard de notre collectivité. »

Jacques Beaulieu

Biologiste, auteur et coauteur de 36 livres sur la santé et sur le système de santé ainsi que plusieurs centaines d'articles publiés dans l'Actualité Médicale et en France dans la revue Médecine

Le système de santé à l'ère de la COVID-19: qui osera faire les changements nécessaires?, Jacques Beaulieu, La Presse, 7 juillet 2020

« Il faut au plus tôt mettre nos lunettes 3D, pas simplement pour pouvoir enfin appliquer les 3D en santé (dépolitiser, décentraliser et démocratiser), mais surtout pour innover en termes de solutions.

Notre système de santé est un monstre qui agonise sous le poids de son fonctionnariat et de son administration souffrant d'obésité morbide, et ne pourra pas devenir efficace si on n'intervient pas énergiquement.

Mais pourquoi ne l'a-t-on pas fait avant ? C'est probablement dû au fait que dans notre société, en réalité, les gouvernements ne gouvernent pas grand-chose.

Ce sont les hauts fonctionnaires, les gestionnaires de l'État et l'armée de fonctionnaires qui, dans la vie concrète, tiennent les rênes du pouvoir. En réponse à la crise actuelle dans les CHSLD, notre premier ministre proclamait récemment son désir d'abolir le privé dans ces établissements, de les rendre 100 % publics. Mais notre système de santé public va-t-il suffisamment bien, offre-t-il des résultats assez performants pour qu'on en arrive lucidement à pareille proposition ?

Tant que les fonctionnaires de l'État décideront de la direction des gouvernements et qu'ils pourront retarder autant qu'ils le veulent les changements, ils auront gagné et il n'y aura pas de changements réels. Rappelez-vous qu'un gouvernement est élu pour quatre ans et que les fonctionnaires sont nommés à vie.

Les premiers ministres, les ministres et les députés auront beau s'égosiller, après un mandat ou peut-être deux, ils seront remplacés, mais les fonctionnaires resteront en poste. Compte tenu de cette situation, qui osera les changements pourtant nécessaires ? »

Christian Bourque

Vice-président chez Léger

25 ans d'échecs en santé: un fiasco malgré les réformes, Charles Lecavalier, Journal de Québec, 25 juillet 2020

« Les Québécois posent un regard extrêmement critique, voire négatif, sur l'évolution de leur système de santé. Plus de la moitié des personnes sondées croient que la situation s'est dégradée depuis le virage ambulatoire en 1995. Il ne s'agit pas d'une critique à l'endroit des médecins, infirmières et des autres professionnels de la santé qui soignent les Québécois : Ils en veulent au système, pas aux gens qui le composent. »

Marc-André Leclerc

Éditorialiste et blogueur

Un patron dans chaque hôpital dès maintenant, SVPI, Marc-André Leclerc, Le Journal de Québec, 23 novembre 2020

« Au cours des derniers mois, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Christian Dubé, a travaillé fort pour faire en sorte qu'un gestionnaire soit attiré à chaque centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). C'est maintenant le temps de faire la même chose pour nos hôpitaux.

Actuellement, la situation est incompréhensible. Pensons-y deux secondes. L'Hôtel-Dieu de Roberval est l'un des plus gros employeurs de la municipalité, mais depuis quelques années, il n'y a plus de direction générale dans l'établissement. Ceux qui administrent l'hôpital se retrouvent à 100 km dans les bureaux du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) à Saguenay.

Regardons dans une autre région, la Côte-Nord. Le plus gros centre hospitalier est à Sept-Îles, mais les dirigeants du CISSS sont à 230 km du côté de Baie-Comeau. Aucune logique!

La centralisation d'un réseau comme celui de la santé cause des effets négatifs comme le manque d'imputabilité. La grosseur de la machine fait en sorte qu'il n'y a plus personne qui est responsable, et quand on doit régler un problème, le paquebot n'est pas capable de virer sur un dix cennes.

Redonner du pouvoir à chaque établissement permettrait de mobiliser le personnel, car actuellement, plusieurs se sentent comme des numéros. On doit miser sur le sentiment d'appartenance, une fierté qui permet à une équipe de surmonter les vagues. Quand tout va bien, les limites de la centralisation se font moins sentir. Mais quand on traverse une crise, comme celle que nous vivons actuellement, on se rend compte que cette rigidité a de graves conséquences.

Dernièrement, cette idée de redonner du pouvoir aux instances locales a été clairement exprimée par le Regroupement québécois des médecins pour la décentralisation des soins de santé (RQMDSS). Sur leurs médias sociaux, ce regroupement de médecins dit vouloir rétablir un poste d'administrateur local pour chaque centre hospitalier de soins. Il donne l'exemple d'un bris d'équipement qui serait remplacé par l'administrateur local et non pas par le CIUSSS.

Dans ses communications avec le gouvernement du Québec, le RQMDSS a également parlé de l'idée de rétablir le poste de directeur des services professionnels local et de remettre en place le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens local pour chaque centre hospitalier.

Cette démarche de près de 700 médecins issus de plus de 50 centres hospitaliers à travers la province est louable, surtout dans le contexte de la pandémie. Alors comment peut-on expliquer que le gouvernement du Québec refuse de les rencontrer?

Discuter avec ceux et celles qui travaillent fort sur le terrain — nos anges gardiens — devrait être l'objectif premier de tous ceux qui veulent travailler de près ou de loin à gérer le système de santé.

Les politiciens et les administrateurs du réseau de la santé pensent sans doute que ce n'est pas le temps de faire un changement de structure aussi important en temps de pandémie. Cependant, comme dirait l'ancien maire de Montréal Denis Coderre, on est capables de «mâcher de la gomme et marcher en même temps»!

Joanne Marcotte

Réalisatrice de l'illusion Tranquille et auteure de Pour en Finir avec le Gouverneman

L'éléphant, Joanne Marcotte, La Presse, 18 décembre 2020

« J'ai beaucoup d'admiration pour la chancelière d'Allemagne, Angela Merkel », a révélé le premier ministre François Legault lors de sa tournée médiatique de fin d'année. Il a bien raison. À ce jour, selon l'Institut national de santé publique du Québec, l'Allemagne compte 270 décès par million d'habitants alors que le Québec en compte... 887.

En fait, le Québec se classe parmi les pires pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques dotés de systèmes de santé universels. Il côtoie au classement le groupe des 800 décès et plus par million d'habitants avec la France, les États-Unis et le

Royaume-Uni. À la différence de ces derniers, toutefois, le système de santé de l'Allemagne se classe parmi les meilleurs, selon la cinquième édition d'un classement annuel fait par le Fraser Institute.

Le Canada ? 26e sur 28 pour ce qui est du nombre de médecins par millier d'habitants, 25e pour les lits d'hôpitaux et avant-dernier pour les lits aux soins intensifs. Est-ce parce que la dépense n'y est pas suffisante ? Non. Le Canada arriverait deuxième pour la dépense en pourcentage du PIB et septième pour ce qui est de la dépense par personne. Juste ça devrait nous indigner au plus haut point. Pire, en 2017, une étude a démontré que malgré l'augmentation du nombre de médecins au Québec et de leur rémunération, on observait... une baisse de la production de soins !

Au Québec, les gens prennent la rue pour des causes qui leur tiennent à cœur. L'attente déraisonnable dans les urgences, la difficulté d'obtenir un simple rendez-vous chez le médecin ou les conditions déplorables dans les CHSLD ? Personne dans la rue.

Alors qui aura le courage de régler les vices cachés de ce système de santé ? Oh, le premier ministre les connaît bien. Il a déjà servi comme ministre de la Santé. Peut-être sait-il trop bien qu'il n'y a rien à faire avec ça. Comme on dit en anglais, *he's been there and done that*. Cette semaine, le premier ministre se refuse même d'admettre que le Québec a effectivement manqué d'équipements de protection !

On serait tenté de lui répondre : « Coudonc, nous niaisez-vous ? » Selon la Protectrice du citoyen, 25 % des cas de COVID-19 rapportés lors de la première vague touchaient des travailleurs de la santé. Plus du double de ce qui a été observé ailleurs au Canada. Ce n'est toujours bien pas parce qu'ils avaient le matériel de protection requis ! Dans son reportage écrit « Panique à Québec : dans les coulisses de la course aux masques », Thomas Gerbet, de Radio-Canada, raconte le fil des événements entourant l'approvisionnement en masques de protection. Franchement gênant. On en était venus à cadenasser les masques de procédure et les N-95.

Le révolutionnaire tranquille Claude Castonguay, décédé récemment, se désolait de l'état du monstre bureaucratique du système de santé. Dans le Rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé, « En avoir pour son argent », M. Castonguay était déterminé à y faire quelques recommandations. Le panier de services devait être revu, les groupes d'intérêts corporatistes devaient « jeter du lest et collaborer aux réformes essentielles », les gestionnaires locaux devaient exercer plus d'autonomie, et le ministère de la Santé et des Services sociaux devait se retirer de la production des soins pour faire place à une offre plus diversifiée de fournisseurs publics et privés de services de santé. En fait, beaucoup de ce qui existe dans le système de santé allemand et tout le contraire de la réforme Couillard/Barrette qui a suivi quelques années plus tard.

C'était en 2007-2008. Et j'ai beaucoup appris lors de ma participation à cet exercice. Notamment qu'on ne peut prétendre qu'un système de santé soit universel s'il est si difficile d'y accéder.

Retour sur le rapport du Fraser Institute : le Canada arrive bon dernier pour quatre des cinq critères reliés au temps d'attente. En Allemagne ? « L'attente aux urgences est un phénomène

inexistant », fait remarquer Frederik Roeder, économiste de la santé et auteur d'une note économique de l'Institut économique de Montréal.

Pourquoi les Québécois ne mériteraient-ils pas un système de soins tel que celui de l'Allemagne ?

Selon un sondage de la firme Abacus tenu entre les 3 et 7 décembre 2020 pour le compte de HealthCareCan, 67 % des Canadiens jugent inacceptable le temps d'attente aux urgences. Soixante-cinq pour cent des Québécois estiment même que le fédéral doit assumer un leadership en santé même s'il s'agit d'une compétence provinciale ! C'est tout dire. La première priorité des Canadiens et Québécois ? Améliorer la qualité des soins et la capacité des hôpitaux.

Alors si François Legault dit admirer Angela Merkel, peut-on lui suggérer de s'inspirer d'elle pour autre chose que ses politiques de confinement ? Lorsqu'on aura fini d'être obsédés par le nombre de nouveaux cas de COVID-19, peut-on espérer que le gouvernement s'en fera un peu plus avec l'éléphant dans la pièce ? Combien de temps encore va-t-on demander au personnel soignant et à la population de « sauver leur système de santé » ? Parce qu'après la pandémie, l'éléphant, lui, y sera toujours et cette fois-ci, les électeurs s'en souviendront... peut-être.

Témoignages de personnalités politiques



*Le système de santé, les CHSLD et le ministre au cœur des préoccupations des personnalités politiques...*⁹

⁹ Un nuage de mots est une représentation visuelle des mots-clés les plus utilisés dans un texte, dans laquelle on affecte aux mots une taille d'affichage proportionnelle à leur popularité.

Serge Péloquin

Maire de Sorel-Tracy

La bataille de Sorel-Tracy pour des soins de qualité, Marie-Ève Cousineau, Le Devoir, 19 février 2020

L'Hôtel-Dieu de Sorel, l'«enfant pauvre» du CISSS de la Montérégie-Est, Caroline Touzin, La Presse, 5 mai 2020

Des pressions pour une gouvernance locale à l'Hôtel-Dieu, Sébastien Lacroix, Les 2 Rives, 11 mai 2020

Serge Péloquin invite les citoyens à signer nombreux la pétition réclamant la décentralisation des soins, Sylvain Rochon, CJSO, 17 juin 2020

« On se fait dépouiller de beaucoup de services, des services qu'on a toujours eus depuis les 70 dernières années [d'existence de l'hôpital]. Il y a de quoi se soulever, puis d'aller défendre l'intérêt de mes citoyens. »

C'est devenu son cheval de bataille. Depuis deux ans, Serge Péloquin dénonce sur toutes les tribunes locales les iniquités dont seraient victimes les 35 000 habitants de sa ville, en raison, dit-il, de la réforme Barrette, amorcée il y a cinq ans.

Depuis l'adoption du projet de loi 10 par le gouvernement libéral en 2015, l'Hôtel-Dieu de Sorel se retrouve sous l'égide du CISSS de la Montérégie-Est, tout comme l'Hôpital Honoré-Mercier de Saint-Hyacinthe et l'Hôpital Pierre-Boucher de Longueuil.

«Quand on voit les attitudes et les comportements des gestionnaires du CISSS de la Montérégie-Est, c'est très peu pour Sorel-Tracy et davantage pour Saint-Hyacinthe et Longueuil. Ça, je n'accepte pas ça. »

« La centralisation abusive du réseau de la santé a beaucoup nui à l'offre de soins locale. Depuis six ans, on est toujours en train de se battre pour obtenir des services de santé pour nos gens. »

« L'Hôtel-Dieu de Sorel se voit dépouiller de ses services au profit des hôpitaux de Saint-Hyacinthe et de Longueuil depuis la création du Centre intégré de santé et des services sociaux de la Montérégie-Est (CISSSME). »

« Il faudrait donner plus de latitude au directeur adjoint des activités hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Sorel Sylvain Boisvert, nommé par la direction du CISSSME. Je salue son dévouement, mais malgré tous ses efforts, il arrive lui aussi sur le mur. S'il avait les pouvoirs décisionnels et qu'il pouvait aller au rythme qu'il voulait, ce serait la personne idéale. Ce que nous voulons, c'est quelqu'un qui aura toute la latitude, les pouvoirs et l'argent nécessaires pour que ça fonctionne. »

Serge Péloquin s'insurge contre la centralisation des pouvoirs à Longueuil, là où est situé le siège social du CISSS. Il redoute que l'Hôtel-Dieu de Sorel perde peu à peu des spécialités médicales et se retrouve, à terme, sous respirateur artificiel.

« Notre hôpital est géré à distance, loin des réalités du terrain et des besoins de notre population », explique-t-il. Serge Péloquin réclame le retour d'une direction locale autonome à l'Hôtel-Dieu de Sorel afin d'adapter les soins dispensés.

Rémy Trudel

Ancien ministre de la Santé

Structure du réseau de la santé: «c'est trop gros, c'est pas gérable», Éric Yvan Lemay, Le Journal de Montréal, 21 avril 2020

« Le système est désorganisé pour répondre à la guerre au coronavirus. Quand on va à la guerre, on n'envoie pas tout le monde de façon disparate comme on le voit actuellement. Il faut une structure unifiée, pas un organigramme à n'en plus finir. »

Jean-Bernard Émond

Député caquiste du comté de Richelieu

Des pressions pour une gouvernance locale à l'Hôtel-Dieu, Sébastien Lacroix, Les 2 Rives, 11 mai 2020

Le député a admis que la centralisation du système de santé, découlant de la réforme Barrette, a eu des effets néfastes et occasionné des bris de services « inacceptables » dans certains départements de sa région. Il assure travailler en étroite collaboration avec la ministre McCann afin de ramener davantage de pouvoirs décisionnels dans la région.

Sol Zanetti et Émilise Lessard-Therrien

Députés du parti Québec Solidaire

Québec solidaire veut une décentralisation du réseau de la santé, Agence QMI, Journal de Montréal, 23 mai 2020

« Québec solidaire (QS) demande au gouvernement Legault de décentraliser le réseau de la santé. Ce retour à une gestion des soins « à échelle humaine » permettra d'accorder plus de pouvoirs décisionnels aux acteurs de terrain. Il faut laisser plus de liberté aux établissements et redonner aux patients, au personnel et aux communautés un pouvoir dans l'organisation des soins dans leurs milieux. La crise sanitaire actuelle a montré à quel point l'autonomie des régions est fondamentale pour prendre les décisions qui correspondent aux réalités régionales. Si on veut un système de santé ancré dans les communautés locales, il faut en finir avec le mur à mur et donner plus de flexibilité aux régions dans leur gestion des soins de santé. »

Jean Rochon

Ancien Ministre de la santé du Québec

25 ans d'échecs en santé: Rochon regrette de ne pas avoir mené sa réforme jusqu'au bout, Charles Lecavalier, Journal de Québec, 26 juillet 2020

« Il ne faut plus faire de réforme de structure, les gens sont fatigués, mais on peut décentraliser le pouvoir à l'intérieur des CISS et des CIUSS, rendre les gestionnaires imputables de leur population. En contrepartie, cela enlèvera la « camisolite de force » de la réforme Barrette, qui empêche les initiatives locales. »

Dominique Savoie

Sous-Ministre de la Santé et des Services Sociaux

En attendant la deuxième vague, Philippe Teisceira-Lessard, La Presse, 31 juillet 2020

« La plupart des PDG [d'instances du réseau montréalais de la santé] ont affirmé que certaines décisions étaient prises par les autorités, sans que quiconque se soit assuré au préalable de la faisabilité de leur application sur le territoire montréalais et surtout de leurs impacts », indique le document.

Le rapport, intitulé *Diagnostics de la coordination des activités de santé publique* et signé par la sous-ministre Dominique Savoie, déplore aussi l'existence de « stratégies divergentes sur un même sujet travaillées aux deux niveaux », par exemple sur les conditions pour se faire tester et des « positions discordantes sur des orientations. »

François Legault

Premier Ministre du Québec

François Legault veut décentraliser le réseau de la santé, Maxime Paradis, Le Placoteux, 7 août 2017

2e vague: les PDG du réseau de la santé seront imputables, prévient François Legault, Alain Laforest, TVA Nouvelles, 16 août 2020

De passage à La Pocatière [le 7 août 2018] en compagnie de la députée de Mirabel, Mme Sylvie D'Amours, le chef de la Coalition Avenir Québec (CAQ), M. François Legault, promet de décentraliser le réseau de la santé s'il accède à la tête du gouvernement en 2018.

C'est la promesse qu'il a formulée en réponse aux problématiques rencontrées par les petits établissements de santé en région, comme l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima de La Pocatière, depuis la création des Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) par le ministre libéral Gaétan Barrette. Pour y parvenir, il ne promet pas pour autant l'abolition des CISSS. « Je ne veux pas jouer dans les structures à nouveau, mais je veux transférer des pouvoirs dans les établissements locaux. Je veux même qu'ils en aient plus qu'avant la création des CISSS. La centralisation, ça ne fonctionne pas, même en entreprise privée », d'indiquer le chef de la CAQ, qui aime rappeler son passé d'entrepreneur.

Je ne veux pas jouer dans les structures à nouveau, mais je veux transférer des pouvoirs dans les établissements locaux. Je veux même qu'ils en aient plus qu'avant la création des CISSS. La centralisation, ça ne fonctionne pas, même en entreprise privée.

Selon lui, il y a assez de médecins, d'anesthésistes et même de médecins spécialistes au Québec. « Ils ne sont justes pas au bon endroit », ajoutait-il. C'est ce qui lui fait dire qu'un hôpital comme celui de La Pocatière ne devrait pas rencontrer de problématiques de rupture de service au bloc opératoire, en raison d'absence d'anesthésistes, comme c'est le cas actuellement. « Pour régler cette problématique, il faut avoir du courage », de mentionner celui qui a déjà été ministre de la Santé sous un gouvernement péquiste. « Il y a des lois qui obligent d'aller travailler dans les MRC où il y a des besoins, mais la loi n'est pas toujours appliquée », déplore-t-il.

Le premier ministre François Legault a presque terminé sa tournée des régions du Québec au cours de laquelle il a eu l'occasion de rencontrer les dirigeants du réseau de la santé.

En entrevue avec TVA Nouvelles à La Sarre, M. Legault fait un constat surprenant.

«Moi, j'ai été surpris de voir dans que dans plusieurs CHSLD au Québec, il n'y a pas de patron! Je dis souvent, quand il y a cinq personnes responsables, il n'y a personne de responsable», se désole le premier ministre.

Le Québec a affiché le pire bilan au pays lors de la première vague de la COVID-19, avec plus de 5700 décès.

«Il faut que les erreurs qu'on a commises dans la première vague dans les CHSLD soient corrigées», insiste-t-il.

Il souligne d'ailleurs les problèmes de communications entre le ministère de la Santé et les responsables des établissements qui, selon lui, ne doivent plus survenir.

Pas de blâme pour les employés

François Legault ne montre pas du doigt les employés pour les ratés dans les CHSLD, mais plutôt les patrons.

Il soutient que ces derniers n'ont pas suivi les consignes émanant du gouvernement, n'ont pas appelé à l'aide lorsqu'il manquait de personnels et n'ont pas réclamé assez rapidement de l'équipement de protection.

«J'ai demandé au nouveau ministre de la Santé, Christian Dubé, de déposer un plan. Il va s'assurer que les PDG de CISSS et les patrons des CHSLD soient imputables, soient responsables et aussi qu'ils fassent rapport régulièrement», prévient François Legault.

Le plan Dubé va mettre l'accent sur l'imputabilité

Le premier ministre a brassé ses cartes en juin et a placé un homme qui n'est pas issu du réseau de la santé, mais qui a plutôt une mentalité d'entrepreneur, à la tête du plus gros ministère de l'État québécois.

Il a aussi changé les hauts fonctionnaires qui entourent le ministre Dubé avec l'objectif de donner plus de mordant à la gestion du réseau.

Il ne change pas les structures, mais les hauts dirigeants devront maintenant répondre de leurs décisions en cas de 2e vague de COVID, ce qui n'a pas été le cas, a-t-il constaté.

«Dans ma tournée, dans tel CHSLD, j'ai posé la question : il y a eu 50 infections, avez-vous mis dehors le DG ?»

«Non!, lui répond-on, ce n'était pas vraiment lui le responsable.»

Une réponse qui l'a laissé sans voix. Voilà pourquoi il réclame l'imputabilité.

«Il va y avoir des conséquences. Il faut qu'il ait des conséquences. On ne peut pas se permettre de dire : "il y a eu des erreurs humaines, malheureusement il y a eu 10, 20 décès dans tel CHSLD parce qu'on n'a pas porté l'équipement "», avance François Legault.

«Il faut qu'il ait quelqu'un qui soit responsable de s'assurer que tous les employés portent, au moment requis, l'équipement de protection, en commençant par les masques», poursuit le premier ministre.

Résultat : il y aura maintenant des patrons dans tous les établissements.

«Il y a 400 CHSLD. Il y en a qui ont déjà un patron ou une patronne. C'est possible, parmi les employés, d'en nommer un avec une certaine autorité sur les autres employés. Dans certains cas, ça voudra dire des embauches», affirme M. Legault qui s'attend à une chaîne de communication beaucoup plus efficace cet automne.

C'est du moins le message qu'il a passé lors de sa tournée, dit-il.

Christian Dubé

Ministre de la santé et des services sociaux

Le ministre Dubé ouvert aux revendications des médecins, Patrice Bergeron, La Presse 29 octobre 2020

En conférence de presse jeudi au parlement, [le ministre Christian Dubé] a affirmé que la réforme du ministre libéral de la Santé, Gaétan Barrette, en 2015, avait eu des effets « excessivement négatifs ». Plus de 1000 postes de cadres avaient alors été abolis. M. Dubé dit vouloir changer la gouvernance, mais pas la structure.

« Je comprends pourquoi ils sont déçus, a-t-il déclaré. Cette réforme Barrette a énormément centralisé les décisions, puis empêche une agilité au niveau local. »

Il a dit qu'il était prêt à faire des « ajustements » dans les centres hospitaliers, en prenant précisément l'exemple des CHSLD, où le gouvernement caquiste a réinstitué un dirigeant local dans chaque établissement à la suite du désastre de la première vague de coronavirus.

« On n'a pas eu peur d'appliquer pour changer la gouvernance dans les CHSLD. Si on doit faire des ajustements dans les centres hospitaliers, on va les faire. »

Dominique Anglade

Cheffe du parti Libéral, 1er parti d'opposition à l'Assemblée nationale

Le ministre Dubé ouvert aux revendications des médecins, Patrice Bergeron, La Presse 29 octobre 2020

Le Parti libéral (PLQ), qui a adopté la loi ayant abouti à cette centralisation quand il était au pouvoir, soutient que cette réforme permet au ministre de changer à sa guise les organigrammes.

« C'est qu'à l'intérieur de cette loi-là, on a des mécanismes qui permettent justement de prendre ces décisions-là », a plaidé la cheffe libérale, Dominique Anglade.

Gabriel Nadeau-Dubois

Co-porte-parole du parti Québec Solidaire, et porte-parole en santé du parti

Le ministre Dubé ouvert aux revendications des médecins, Patrice Bergeron, La Presse 29 octobre 2020

Québec solidaire a appuyé le mouvement des médecins. Le porte-parole du parti en santé, Gabriel Nadeau-Dubois, demande au gouvernement d'écouter ces professionnels et de mettre en place leurs solutions.

« La pandémie démontre que les réformes de Gaétan Barrette ont désorganisé le réseau de la santé, ont créé des monstres technocratiques qui sont complètement déconnectés de la réalité des patients puis de la réalité des soignants », a-t-il dit en conférence de presse jeudi matin à l'Assemblée nationale.

Mario Dumont

Ancien député et chef de l'ADQ, animateur et chroniqueur

Il nous faut une vraie réforme en santé, Mario Dumont, Le Journal de Montréal, 15 janvier 2021

« Ce n'est pas le temps de réformer le système de santé pendant une crise. C'est une évidence, une certitude, un absolu ! Mais nous pouvons quand même y réfléchir en voyant les problèmes défilier sous nos yeux.

La pandémie génère des problèmes uniques et sans précédent dans le système de santé. Énormément de personnel absent et des soins intensifs surchargés en sont des exemples. Cela dit, nous ne pouvons pas faire semblant que notre système de santé ne connaissait pas des ratés avant la COVID-19.

Par exemple, le nombre de patients en attente de chirurgie est exacerbé par le nombre de cas de COVID dans nos hôpitaux. Or, le problème des listes d'attente en chirurgie traîne dans le décor depuis des décennies ! Le problème des temps d'attente dépassant trop souvent les délais médicalement recommandés gangrène notre système depuis aussi longtemps.

À bout de souffle

Voyons les choses en face : l'attente est un pilier sur lequel notre système repose. C'est grâce à l'attente qu'on rationne les services, c'est par l'attente qu'on réduit les dépenses. Selon les chiffres du ministère, plus de 1000 patients par jour qui se sont rendus dans une urgence repartent découragés, sans avoir pu voir un médecin.

Avant même la pandémie, notre système était à bout de souffle. Et il n'y a plus rien de prometteur à attendre du modèle surbureaucratisé sur lequel tout est basé. Les processus sont lents, l'intérêt du patient arrive loin et tout coûte cher.

La bureaucratie est ainsi structurée que personne ne sait exactement ce qui se passe et personne n'est exactement imputable pour de mauvais résultats. Nous nous rappellerons longtemps les crises du premier ministre pour donner un sens au mot imputabilité pendant cette crise.

Par-dessus tout, dans ce système, le personnel est toujours démobilisé. J'insiste pour souligner que le personnel de la santé n'est pas l'objet de mon blâme. Les gens qui œuvrent dans les hôpitaux sont de véritables héros de cette crise. Ils font preuve de détermination et de courage et restent au front dans une guerre qui se prolonge.

Diagnostic connu

À une époque, on m'a accusé de vouloir réformer le système de santé par idéologie. Aujourd'hui, ayant constaté les résultats, c'est par idéologie que des gens pourraient s'entêter à s'accrocher au modèle de monopole d'État bureaucratifié. L'analyse froide de la situation plaide pour des changements en profondeur.

Nombre d'études indépendantes ont déjà fait la démonstration de l'inefficacité de notre système. Des comparaisons internationales font aussi mal paraître la santé au Canada. Le personnel est compétent et les soins sont bons. Mais l'accès aux soins est médiocre.

Ce n'est pas la pandémie qui a fait apparaître cela. Lorsqu'on ajoute à l'analyse les sommes colossales que nous consacrons à la santé, le jugement est encore plus sévère : nous n'en avons pas pour notre argent.

Au sortir de la crise, le gouvernement Legault aura un capital de sympathie remarquable et un calepin entier de notes à propos du système de santé.

Ce qu'il faut pour une réforme en profondeur. »

Dr Réjean Hébert

Ancien ministre de la Santé

Émission radiophonique Le Québec Maintenant 98,5 FM 5 février 2021

« C'est la négligence des CHSLD au cours des 3 dernières décennies au Québec [qui explique l'hécatombe que le Québec a vécue dans les CHSLD durant la pandémie de COVID-19]. C'est des milieux qui ont perdu leur gouvernance propre, c'est à dire, avant, les CHSLD avaient leur propre directeur général, ils avaient leur conseil d'administration. Tout ça a été perdu en 2003 lors de la création des CSSS, et ça a été même rempiré lors de la réforme de 2015 où les CHSLD se sont retrouvés dans des grosses super-structures, avec des gens qui s'en occupaient, dans ces grosses super-structures là, et qui pouvaient s'occuper de jusqu'à 10-12-15 CHSLD différents, alors il y avait, il y a un problème de gouvernance.

Un des rapports d'enquête au CHSLD Ste-Dorothée mentionnait qu'il y a 5 niveaux hiérarchiques entre la base du CHSLD et la direction de l'établissement, ce qui fait que quand un problème remonte jusqu'à la direction et redescend, il peut s'écouler plusieurs jours, voire plusieurs semaines.

Oui, moi je pense que c'est trop gros [les méga-structures du système de santé]. On a voulu faire des économies d'échelle, améliorer l'intégration à l'intérieur de ces établissements-là, et on voit que c'est trop gros, 1, et 2, que il y a pas d'intégration parce que on a reproduit dans ces établissements-là des silos. [...] Les silos sont encore très présents et il n'y a pas vraiment de bénéfice à ces grosses structures-là, qui alourdissent de façon importante le système et diminuent l'agilité des établissements pour répondre aux besoins de la population pour répondre à des urgences, comme celles qu'on a connues. »

Témoignages de représentants des syndicats



WordItOut

*Les besoins, la loi et les établissements au cœur des préoccupations des syndicats...*¹⁰

¹⁰ Un nuage de mots est une représentation visuelle des mots-clés les plus utilisés dans un texte, dans laquelle on affecte aux mots une taille d'affichage proportionnelle à leur popularité.

Sonia Éthier

Présidente de la CSQ

L'accès aux N95 doit être élargi, plaident des experts, Véronique Lauzon et Fanny Lévesque, La Presse, 2 décembre 2020

« Avant la loi 10, qui a modifié l'organisation et la gouvernance du réseau, les gestionnaires avaient pleine autonomie pour répondre aux besoins qui se présentaient dans les établissements. Ce n'est maintenant plus le cas. C'est important pour nous qu'il y ait une certaine forme de décentralisation pour que les établissements rapatrient un certain pouvoir d'action pour régler les problèmes actuels. [...] La pandémie a démontré les lacunes de la loi 10. »

Claire Montour

Présidente de la FSQ-CSQ

L'accès aux N95 doit être élargi, plaident des experts, Véronique Lauzon et Fanny Lévesque, La Presse, 2 décembre 2020

« Il y a beaucoup, beaucoup de choses qui sont déficientes dans notre système de santé. Puisque chacune des régions a une réalité différente, les besoins peuvent être différents d'un établissement à l'autre. C'est d'ailleurs une autre demande qui est adressée aux autorités gouvernementales: un gestionnaire responsable dans chaque installation pour qu'il puisse prendre des décisions rapidement et permettre d'adapter l'établissement en fonction de ses contraintes et de ses enjeux. »

Normand Chatigny, Michel Héroux, Denys Larose et Jean-Noël Tremblay

Respectivement ancien maire de Cap-Rouge, professionnel en information et en communication, et directeurs généraux de collèges

La pandémie nous révèle l'échec de l'organisation des soins de santé, Normand Chatigny et al, Le Devoir, 14 décembre 2020

« L'emballlement collectif, ce délire aggravé par les médias sociaux, à vouloir estimer le chiffre de rescapés, de mourants et de morts de la COVID-19 après la fête de Noël, occulte presque toute autre information, sinon un peu sur Trump et quasi rien sur ce que nous révèle la pandémie : l'échec sur le terrain de l'organisation des soins de santé. C'est aussi le constat que faisaient plus de 200 médecins et professionnels du réseau de la santé dans un article publié dans La Presse, le 20 novembre dernier, sous le titre « Le système de santé québécois mis en échec ». L'article, passé rapidement sous le radar, comme on dit, montre du doigt les effets pervers de ce monstre bureaucratique mis en place depuis les réformes Couillard (2004) jusqu'à la réforme Barrette à compter de 2015.

[...] Le système de santé au Québec est devenu une machine bureaucratique dépositaire du calcul numérique, de données statistiques, de ratios, d'évaluation de la performance et de descriptions de tâches, que des cadres utilisent pour gérer à distance les établissements et le personnel sur le terrain. C'est un échec qui fournit son lot de contaminés et de morts de la COVID-19, de souffrance et de personnes isolées jusqu'à la fin.

Ce regroupement des divers établissements dans les nouvelles superstructures (les CISSS et les CIUSSS) est l'illustration de cette servitude dans laquelle les gestionnaires et administrateurs des établissements en santé sont tenus par une nouvelle technocratie. De fait, la réforme en santé a érigé deux univers : celui du nouveau contexte « ministériel » dans lequel se retrouvent inféodés les gestionnaires à la suite de la réforme et celui des établissements, lesquels, en plus de perdre leur identité, ont perdu dans les faits le pouvoir de diriger et de décider ce qui serait souhaitable pour le personnel et les patients.

Il ne faut donc pas sous-estimer la perte de confiance du personnel dans l'autorité des dirigeants. Car enfermée dans l'idéologie du management copié sur celui de la gestion industrielle des organisations, la gestion principalement du ministère de la Santé échoue depuis le début de la pandémie à appliquer les réponses qui s'imposent.

Par exemple, sur les 10 000 préposés formés pour répondre aux besoins, il n'en reste que 6700. Sans parler des problèmes reliés aux promesses salariales non tenues et à « l'accueil froid » du personnel en poste dans les établissements. De même, la pénurie d'infirmières, résultat de conditions de travail éreintantes (les ratios de patients jugés excessifs et les heures supplémentaires obligatoires décrétées par les gestionnaires du ministère mises en place depuis plusieurs années), fragilise les opérations dans l'ensemble des services hospitaliers. Sans parler des agences de recrutement de personnel qui pignent sans vergogne dans le personnel en place pour revendre celui-ci avec profit partout ailleurs dans le système de santé.

Ce que nous révèle la pandémie va bien au-delà de la critique médiatique quotidienne concernant les lacunes de communication du Dr Arruda ou celles du premier ministre Legault. On ne peut se soustraire au fait que la « réalité » (ou l'objet) de la gestion de crise se trouve sur le terrain des opérations et concerne l'efficacité des opérations, surtout pour les bénéficiaires.

[...].

Maintenant

Il faut reconnaître que ce n'est pas le chef qui éteint le feu, mais le pompier, reconnaître que ce n'est pas l'expert qui soigne la population, mais les gens sur le terrain. Et c'est dans ce sens que nous devons porter notre attention sur l'exécutant. Le défaut des réformes successives fut de sous-estimer le statut de l'exécutant comme être pensant dans la prise de décision. L'exécutant, c'est notre chef de corps ou c'est ce pompier cadre, préposé ou infirmière, qui forcément va refaire un autre processus de décision en phase avec les opérations, à partir des décisions prises au sommet de la hiérarchie. Consciemment ou inconsciemment, ses décisions s'appuieront sur le jugement qu'il porte sur les événements, les moyens à sa disposition, les particularités du territoire physique et du territoire humain où il doit intervenir. C'est là que son action prend un sens en matière de réussite ou d'échec, de danger ou de sécurité, de pertinence ou non.

Alors, qu'est-ce qui devrait nous inquiéter le plus dans la gestion de la pandémie ? La réponse est venue du ministre de la Santé, Christian Dubé, lui-même : « La culture de la gestion basée sur la mobilité ». Il est le premier à reconnaître que ce n'est pas le cadre qui éteint le feu, mais le sapeur-pompier. En d'autres mots, il faut mettre fin à la mobilité du personnel en santé et, pour cela, sortir de sa dépendance au privé. « Encore aujourd'hui, malgré le recrutement massif de préposés, Québec est toujours dépendant des agences privées de placement », soulignait-il dans *Le Journal de Québec* (lundi 23 novembre 2020). Même chose concernant la pénurie d'infirmières, le traçage et la gestion des tests, alors qu'ils sont les vecteurs les plus importants dans le contrôle de la pandémie, notamment dans les établissements de santé.

Le défi des gestionnaires-dirigeants reste donc de décentraliser les pouvoirs en faveur des institutions et des établissements dans l'ensemble des organisations publiques, de redonner sa place à la santé communautaire et de redonner aux directions locales les responsabilités qui leur reviennent, et ce, maintenant ! L'orientation prise par le ministre de la Santé est la bonne. Il doit poursuivre dans ce sens malgré tous les soubresauts provoqués par les décisions qui s'imposent. Pour le gouvernement actuel, il importe de lui laisser le temps de créer un climat d'espérance. Non pas en attendant le vaccin, mais en amorçant dès maintenant la sortie de notre bureaucratie paralysante. »

*Les auteurs sont des retraités habitant Québec et Montréal.

Des membres de la société civile qui partagent nos préoccupations et qui supportent nos revendications nous ont fait parvenir leur vision des impacts de la centralisation. Par soucis de confidentialité, leurs témoignages sont anonymes.

Madame MG

« Je suis contre la centralisation comme moyen de réaliser des économies.

La centralisation rend les structures plus lentes et plus rigides. Les décisions mur à mur, en ne tenant pas compte des situations locales, apportent des solutions qui ne règlent pas les problématiques...même si elles entraînent des investissements. Finalement, il n'y a pas réellement de diminution de postes puisqu'à l'usage, le dysfonctionnement engendré par la centralisation amène à la création de nouveaux postes.

Le seul avantage de la centralisation, c'est le sentiment de contrôle qu'elle donne aux gestionnaires qui entretiennent l'idée qu'en décidant de tout, ils prendront les meilleures décisions possibles (selon eux).

Les centralisations ont rarement donné les résultats escomptés. Malheureusement, les moyens technologiques actuels permettent à ceux qui souffrent de « contrôle » de paralyser des sociétés et des entreprises de tous secteurs d'activités. »

Madame B

« Il me fait plaisir de vous donner mon avis concernant la loi 10 de 2015 qui résulte de la réforme Barrette.

Comme vous le précisez si bien dans votre lettre à la vérificatrice générale, la réforme est passée complètement à côté du but visé.

Au lieu de diminuer le nombre de cadres, la centralisation de l'administration a plutôt augmenté le nombre d'intervenants, surtout des cadres qui, « dans leur tour à bureaux », sont bien loin de ce qui se passe sur le terrain, alors qu'il manque énormément de personnel pour les services directs à la population. Il suffit de prendre connaissance d'un organigramme d'un CIUSSS pour voir toute l'ampleur du non-sens de cette gestion, qui a créé « l'écoeurement » aiguë de beaucoup d'employés qui sont partis, et qui coûte une fortune depuis 5 ans.

On ne peut pas avoir de bons services quand la tête ne sait pas ce que les pieds font, et vice versa; et la crise que l'on vit depuis un an aura permis de mettre en lumière cette lamentable erreur de tout centraliser.

D'ailleurs, ce gouvernement de la CAQ avait promis en campagne électorale d'abolir 40 000 postes, et au contraire, si je ne me trompe le personnel aurait augmenté de 48 000. C'est inconcevable.

Une meilleure gouvernance locale au sein des établissements de santé, avec des gestionnaires imputables (très important!) et plus près du terrain, permettrait effectivement d'améliorer l'efficacité du système de santé avec un meilleur rapport coûts-bénéfices. Cela n'empêcherait pas de faire des achats groupés de fournitures et d'équipements, et mettre quelques procédures en place n'exigerait pas des dizaines de postes de cadres adjoints, comme c'est le cas présentement.

Merci de travailler à tenter de remettre le système de santé sur les rails. »

Madame S

« Je suis une citoyenne ordinaire qui garde les yeux ouverts sur la politique et ses conséquences. Et cette réforme a des conséquences désastreuses. La pandémie nous le montre crûment.

Immense travail à faire pour nos élus au pouvoir présentement. J'ai confiance en cette équipe et je leur souhaite beaucoup de courage.

C'est à mon avis, une très mauvaise réforme. Les décisions doivent se prendre sur le terrain par des gens sur le terrain. Aussi simple que ça!

Merci de me lire. »

Madame L

« J'ai travaillé comme agence administrative de 1979 à 2020 dans le réseau de la santé. La réforme Barrette a eu plusieurs impacts négatifs autant pour les employés que pour les utilisateurs du réseau.

En tant qu'employé j'ai subi une dégradation des communications et des suivis entre les différents départements autant à l'interne qu'entre les échanges entre CISSS et CIUSSS.

Les derniers 8 ans j'ai travaillé pour le programme du dépistage du cancer du sein et j'ai constaté l'incohérence entre le mandat demandé par le Ministère et la compréhension du CISSS.

Le fait d'abolir les Agences de santé et services sociaux a été une grave erreur et les conséquences se ressentent encore aujourd'hui. »

Madame G

« Je crois que la « réforme » Barrette a littéralement MASSACRÉ le réseau de la santé! Pénuries de médecins, d'infirmières, démobilitation, débordements aux urgences, les GMF

débordés, dépassés... Le personnel est administratif parfois blasé par les tonnes de 'bêtises' qu'ils reçoivent par une population malade et n'ayant aucun pouvoir sur quelque situation que ce soit.

Ce n'est pas un hasard si de nombreuses personnes acceptent de se tourner vers le privé pour avoir accès dans des délais raisonnables... et plus et encore.

BARRETTE et les LIBÉRAUX COMME Jean Charest (charrette) ont favorisé leurs « petits amis » et érigé la corruption à la tête du système de santé... Parlez-en aux médecins qui sont sur le terrain, le Dr Marquis de Maisonneuve-Rosemont... Faute de médecins de famille et de traitement plus accessible, le réseau croule sous la lourdeur administrative et la lourdeur des cas et là se produit l'effet iatrogène de la cause et l'effet qui cause plus de problème sur la cause. Et je ne parlerai pas des effets du manque de ressources en matière de réadaptation où là aussi, l'absence de services génère une détérioration du niveau de fonctionnement et d'autonomie des personnes vivant avec un TSA et/ou une DI et/ou DP... »

Madame H

« La centralisation des services de la Haute-Gatineau vers l'Outaouais nous a fait très mal pour notre économie et socialement déjà difficile car je me souviens quand la réforme Barrette a passé, les postes de direction, d'administration, le laboratoire si je ne me trompe pas, et plusieurs postes, ressources humaines, etc., donc des bons salaires qui disparaissaient vers la ville et nous ça a eu un impact direct sur notre économie car les emplois partis pour la ville l'Outaouais, ne consommaient plus ici et ses gens ont vendu leurs maisons et nous les avons perdus! Et l'impact sur ceux qui avaient des familles ici devaient eux voyager pour leur emploi de Maniwaki vers Hull matin et soir environ 130km...et le service personnalisé est disparu parce que c'est Hull qui prenait désormais les décisions pour notre Hôpital malgré sûrement leur bonne volonté ne connaissant pas toujours la clientèle spécifique à chaque région quelques fois n'étaient pas approprié, et les délais pour les prises de décisions plus longues donc une grande perte à tous les niveaux. Il est certain que si il y avait décentralisation je crois que ça serait très bénéfique autant pour le personnel hospitalier que ceux qui administrent et prennent des décisions plus éclairés en étant baignés dans le milieu-même. Je vous écris en tant que simple citoyenne et ayant des amis et famille travaillant dans le système de santé, j'ai été témoin de plusieurs départs de notre région. »

Proposition du Regroupement Québécois de Médecins pour une
Décentralisation du Système de Santé (RQMDSS) pour une
structure de gouvernance dans les installations de soins aigus du
Québec

Présentée à :

M. François Legault
Premier Ministre du Québec

M. Christian Dubé
Ministre de la Santé et des Services Sociaux du Québec

M. Patrick-Emmanuel Parent
Conseiller politique principal du Ministre de la Santé et des Services Sociaux du Québec

Mme Dominique Savoie
Sous-Ministre à la Santé et aux Services Sociaux

Comité de rédaction
Dr Daniel Kaud, MD
Dr Muriel Laurans, MD
Dr Thomas M Hemmerling, MD
Dr Nicolas Saumart-Dufour, MD
Dr Marie-Claude Blouin, MD

Résumé

Notre association fait la recommandation suivante de restructuration du système de santé du Québec afin de redonner une gouvernance locale aux établissements de santé du Québec que sont les centres hospitaliers de soins aigus et les CHSLD.

- Les éléments fondamentaux de la structure du système de santé telle que définie par la loi 10 demeurent inchangés et intègres. Le cadre légal actuel demeure donc inchangé et respecté.
 - Un **conseil d'administration (CA) unique et central** pour chaque établissement CISSS/CIUSSS.
 - Un **Directeur Général (DG)** central pour chaque établissement CISSS/CIUSSS.

- Créer un poste de **Directeur Général Adjoint (DGA) local** pour chaque centre hospitalier de soins aigus et chaque CHSLD.
 - Chaque DGA local serait autonome, opérationnel et aurait un réel pouvoir décisionnel.
 - Chaque DGA se rapporterait directement au conseil d'administration de l'établissement CISSS/CIUSSS auquel est rattachée l'installation.
 - Cette modification est conforme au cadre législatif actuel de la loi 10 ainsi qu'à la *Loi sur la santé et les services sociaux*.

- Créer un poste de **Directeur des Services Professionnels (DSP) local** pour chaque centre hospitalier de soins aigus.
 - Chaque DSP local serait autonome, opérationnel et aurait un réel pouvoir décisionnel.
 - Chaque DSP local se rapporterait au DGA local de son installation ainsi qu'au DG et au CA de l'établissement CISSS/CIUSSS.
 - Cette modification est conforme au cadre législatif actuel de la loi 10 ainsi qu'à la *Loi sur la santé et les services sociaux*.

- Créer des Conseils des Médecins, Dentistes et Pharmaciens (CMDP) locaux pour chaque centre hospitalier de soins aigus
 - Chaque CMDP local aurait son propre Comité Exécutif, Comité des Titres et Comité d'Évaluation de l'Acte.
 - Chaque **Comité Exécutif du CMDP local** se rapporterait directement au conseil d'administration de l'établissement CISSS/CIUSSS auquel est rattaché le centre hospitalier.
 - Cette modification est conforme au cadre législatif actuel de la loi 10 ainsi qu'à la *Loi sur la santé et les services sociaux*.

- Nommer des **chefs de départements et de services locaux** dans chaque centre hospitalier de soins actifs.
 - Ces chefs siègeraient à une **table locale des chefs** de départements et de services

- Les chefs de départements et de services se rapporteraient directement au DSP local
- Cette modification est conforme au cadre législatif actuel de la loi 10 ainsi qu'à la *Loi sur la santé et les services sociaux*.

- Créer des postes de **Directeurs Cliniques (DC) locaux** pour chaque CHSLD
 - Chaque DC local serait autonome, opérationnel et aurait un réel pouvoir décisionnel
 - Chaque DC local se rapporterait au DGA local de son installation (s'il y a lieu) ou au DG et au CA de l'établissement CISSS/CIUSSS
 - Cette modification est conforme au cadre législatif actuel de la loi 10 ainsi qu'à la *Loi sur la santé et les services sociaux*.

L'instauration d'une gouvernance locale accrue au sein de chaque installation d'un CI(U)SSS n'exempte pas ces dernières de leur obligation de maintenir un lien fort de collaboration entre elles. Ainsi, les différentes instances locales (DGA, DSP, CECMDP, chefs de départements locaux) devront se réunir périodiquement avec leurs homologues des autres installations du CI(U)SSS afin d'assurer une cohérence et une bonne coordination dans l'offre de soins et services au sein d'un même CI(U)SSS.

Introduction

Ce document a pour but de détailler une proposition de projet pour l'implantation d'une structure de gouvernance locale dans les installations de soins aigus du Québec. Ce document est préparé par le Regroupement Québécois de Médecins pour une Décentralisation du Système de Santé (RQMDSS) qui dénombre actuellement six cent vingt-cinq (625) médecins du terrain issus de plus de soixante centres hospitaliers du Québec.

En créant les CISSS et les CIUSSS, la *Loi 10* avait comme objectif de régionaliser les ressources médicales sur des territoires géographiques précis dans le but de tenter de diminuer les coûts associés à l'administration des services médicaux et d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services offerts aux citoyens d'un territoire. La création de ces centres intégrés a mené à une centralisation de l'administration de tous les départements et services de multiples installations de santé sous une direction commune.

Après quatre ans d'efforts pour faire fonctionner la fusion, il est devenu apparent que cette centralisation s'est faite au détriment de la qualité des soins offerts à la population. Malgré les efforts importants des nouveaux administrateurs des CIUSSS et des CISSS, il est devenu clair que la tâche d'administrer ces super structures de façon centralisée, est simplement trop grande pour être faite adéquatement.

Les CISSS et CIUSSS sont composés d'un nombre énorme d'installations diverses pouvant comprendre plusieurs CHSLD, plusieurs centres de réadaptation, plusieurs hôpitaux de soins aigus médicaux, parfois un hôpital psychiatrique, une DPJ, et plusieurs CLSC. Ces installations sont de taille très variée, et sont souvent assez éloignées les unes des autres. Surtout, elles ont des missions souvent complètement différentes. Elles ont donc inévitablement des façons de faire qui sont différentes parce qu'elles sont adaptées à leur mission respective et aux populations qu'elles desservent. Malgré les meilleures intentions, des administrateurs centralisés et en nombre restreint, ne peuvent adéquatement dédier un temps suffisant à chaque installation afin d'en bien comprendre les particularités et les besoins de chacun d'entre eux.

L'éloignement des cadres a exacerbé leur déconnexion avec les intervenants sur le terrain. La tentation d'instaurer des politiques mur à mur est omniprésente alors que le « sur mesure » serait beaucoup plus approprié pour de multiples établissements de dimension, d'organisation et de vocation complètement différentes. Les problématiques locales sont donc souvent et bien malheureusement gérées de façon inefficace et parfois inappropriée.

La crise sanitaire actuelle a mis en évidence cette problématique inhérente au système de gouvernance hyper-centralisé actuel. Durant la première vague de cette crise, les médecins sur le terrain ont dû établir des comités informels afin d'organiser une réponse coordonnée et structurée permettant de réussir à bien traiter les patients atteints de COVID-19. Bien que les administrateurs aient été présents pour chapeauter cet effort, il s'est avéré évident que la

complexité énorme associée à l'organisation d'une réponse rapide et complète à cette crise sanitaire nécessitait inévitablement l'expertise des médecins et pharmaciens dans chaque installation afin d'être réussie. Il est possible, ou même probable que les instances locales, avec une perspective adaptée à la réalité de leur terrain, auraient pu – et pourraient dans le futur – mieux gérer ces enjeux.

Pour pallier à cette problématique, nous suggérons la mise en place d'un modèle de gouvernance locale dans les installations de santé de soins aigus comportant un Conseil des Médecins Dentistes et Pharmaciens (CMDP) et une table des chefs opérationnels et locaux, un Directeur des Services Professionnels (DSP) opérationnel et local ainsi qu'un Directeur Général (DG) local et opérationnel. Nous allons détailler chacune de ces structures dans le texte ci-dessous en précisant le rôle, les responsabilités et les avantages de chaque élément de la structure proposée. Bien que notre association propose une gouvernance locale pour les installations de soins aigus, nous nous permettons de proposer des solutions additionnelles pour améliorer la gestion et l'efficacité des CHSLD et des départements d'urgence.

Directeur Général Adjoint (DGA) opérationnel et local

La réalité des dernières années de travail dans les hôpitaux fusionnés et dirigés par des instances extérieures, nous a fait réfléchir à l'importance d'avoir un administrateur local sur le terrain. Les multiples décisions quotidiennes qui doivent être prises dans un centre hospitalier sont très difficiles à réaliser lorsque le pouvoir décisionnel n'est pas présent sur place. Dans la récente crise de la COVID-19, des délais décisionnels cruciaux ont eu de lourdes conséquences sur les soins et la vie des patients du système de santé. Malgré la mise sur pied spontanée de plusieurs comités ad-hoc médicaux d'urgence pour gérer cette crise, l'absence de pouvoir décisionnel local et l'attente d'approbation par l'établissement a eu pour conséquence des délais de traitement, de prévention et de dépistage. Une gestion plus locale ainsi qu'une imputabilité des responsabilités aurait permis des décisions rapides et des solutions applicables. La gestion, à distance, d'une direction d'établissement qui n'a souvent jamais mis les pieds dans l'hôpital ne peut connaître adéquatement les besoins et les défis de ce dernier. Par exemple, les grandes différences de mission et de population entre un grand centre universitaire et un petit hôpital communautaire, justifient une gestion différente des ressources et besoins.

La présence d'un Directeur Général Adjoint (DGA) local et opérationnel permettrait de protéger les caractéristiques particulières de chaque installation. Ce dernier assurerait une interaction directe entre la communauté et l'installation. Il permettrait de s'assurer de maintenir une offre de services pertinente pour la population et de s'adapter à ses besoins. Cela pourrait aussi permettre à la Fondation de l'installation d'avoir un contact réel et une collaboration régulière avec la direction de l'hôpital.

► Le poste de DGA local pour chaque établissement de santé (Ex : Centres hospitaliers et CHSLD) est conforme au cadre législatif actuel de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

Dans la structure actuelle des CISSS et des CIUSS, c'est le conseil d'administration (CA) qui a pour mandat de:

1. Adopter le plan stratégique et le rapport annuel de gestion;
2. Approuver l'entente de gestion et d'imputabilité;
3. Approuver les états financiers;
4. S'assurer de l'accessibilité aux services de l'établissement sur l'ensemble du territoire sous sa responsabilité;
5. S'assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés;
6. S'assurer du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes;
7. S'assurer de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières;
8. S'assurer de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines;
9. S'assurer du suivi de la performance et de la reddition de compte des résultats;
10. S'assurer du respect de la mission d'enseignement et de recherche lorsque l'établissement exploite un centre désigné centre hospitalier universitaire, institut universitaire ou centre affilié universitaire, le cas échéant.¹²

Le CA doit aussi :

1. Nommer les hors-cadres et les cadres supérieurs;
2. Nommer le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services conformément aux dispositions de l'article 30;
3. Nommer les médecins et les dentistes, leur attribuer un statut, leur accorder des privilèges et prévoir les obligations qui y sont rattachées;
4. Nommer les pharmaciens et leur attribuer un statut, le cas échéant;
5. Conclure les contrats de services conformément aux dispositions de l'article 259.2, le cas échéant;
6. Allouer les ressources financières à chacun des établissements qu'il administre et déterminer la partie de ces ressources financières qui doit être réservée au paiement des ressources de type familial et des ressources intermédiaires qui sont rattachées à ces établissements.¹³

¹² Gouvernement du Québec. Lois sur les services de santé et les services sociaux, Chapitre S-4.2, Article 172. (01/04/2020). Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2>

¹³ Gouvernement du Québec. Lois sur les services de santé et les services sociaux, Chapitre S-4.2, Article 173. (01/04/2020). Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2>

Dans la structure que nous proposons, il n'est pas question de modifier les pouvoirs ou la structure des conseils d'administration des CIUSSS/CISSS. En effet, la structure et la représentativité de nos populations dans la loi actuelle fait en sorte que cette entité peut diriger adéquatement les différents centres, si elle détient les informations nécessaires, venant des gens impliqués localement. La problématique actuelle réside dans le fait que le directeur général de ces immenses structures, souvent situé à distance considérable de plusieurs hôpitaux, n'est pas au courant de ce qui se passe sur le terrain, ne pouvant remplir adéquatement sa fonction de coordination et de surveillance de l'activité clinique des centres. Il ne peut donc rapporter au CA, tel que prévu dans la loi, la gestion complète et exacte des différents centres.

La loi prévoit que le DG d'un établissement doit :

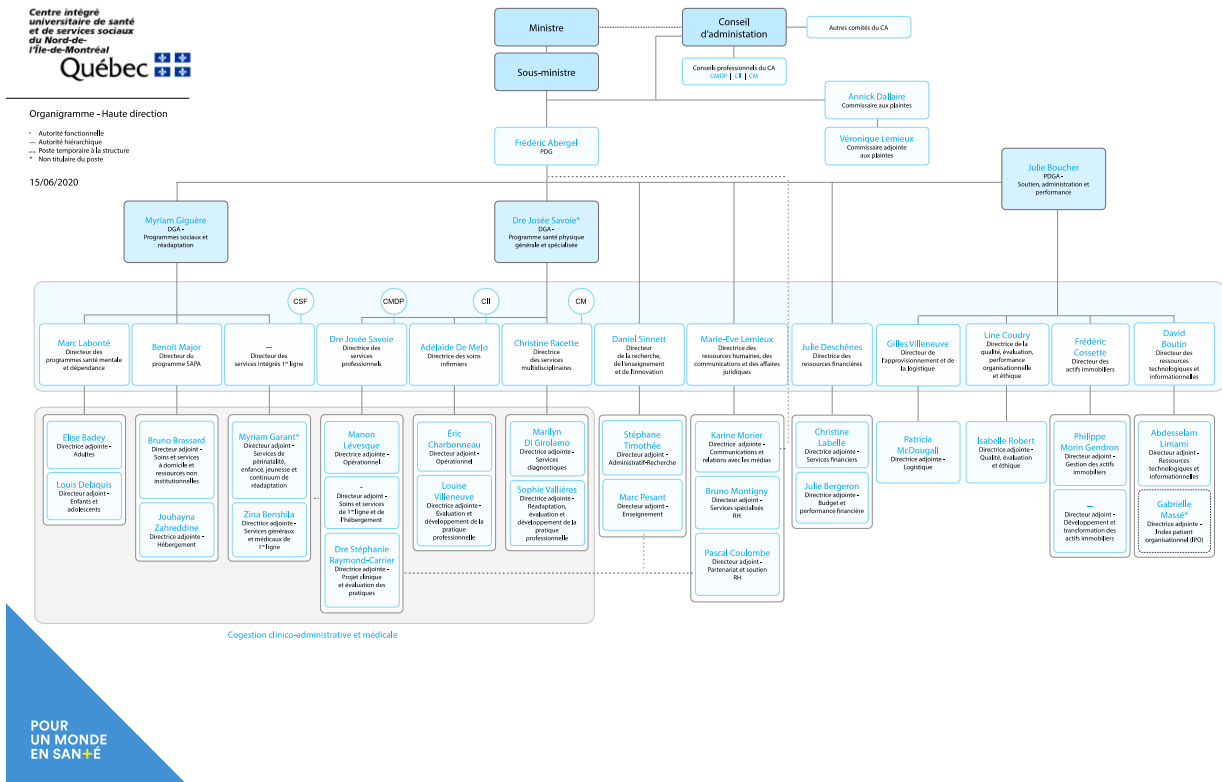
« Le directeur général est responsable, sous l'autorité du conseil d'administration, de l'administration et du fonctionnement de tout établissement que le conseil administre et en assure la gestion courante des activités et des ressources. Il rend compte de sa gestion au conseil d'administration.

Le directeur général veille à l'exécution des décisions du conseil d'administration et s'assure que soit transmise à ce dernier toute l'information qu'il requiert ou qui lui est nécessaire pour assumer ses responsabilités.

Le directeur général de tout établissement doit, outre les fonctions prévues à l'article 194, s'assurer que la coordination et la surveillance de l'activité clinique exercée dans le centre soient effectuées. »¹⁴

Un ou plusieurs DGA peuvent être nommés pour assister le DG dans ses tâches, comme d'ailleurs nous le constatons dans les organigrammes de plusieurs centres (exemple ci-dessous : CIUSSS du Nord-de-l'Île). Dans l'organigramme, les trois DGA présents pourraient être remplacés par des DGA locaux pour l'hôpital Jean-Talon, l'hôpital Fleury et l'hôpital Rivière des prairies. N'ajoutant pas de structure ou de coûts aux structures existantes. Délestés de la gestion des trois établissements, le DGA local pourrait se concentrer seul sur la gestion globale du territoire et des différentes directions sous-jacentes à son propre hôpital.

¹⁴ Gouvernement du Québec. Lois sur les services de santé et les services sociaux, Chapitre S-4.2, Article 182. (01/04/2020). Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2>



Gouvernement du Québec. Centre intégré universitaire du Nord de l'Île de Montréal. Organigramme -haute direction. 15/06/2020. Repéré à Haute_direction_CIUSSS_20200614.pdf

Nous proposons donc la présence de directeurs généraux adjoints (i.e. DG locaux d'un centre hospitalier), qui seraient représentants de chacun des centres hospitaliers de l'établissement.

Ces DGA seraient obligatoirement sur place en tout temps dans le centre hospitalier, assurant une présence continue et effectuant la coordination, la gestion des ressources et la surveillance de l'activité clinique tel que prévu par la loi. Ces DGA, nommés par le ministre, devraient se rapporter directement au CA de l'établissement central, assurant ainsi une autonomie de gestion par rapport au DG de l'établissement et permettant une protection des intérêts du centre hospitalier en question. Par ailleurs, pour assurer une bonne cohérence dans la coordination entre les différentes installations d'un CI(U)SSS, les DGA locaux des centres hospitalier et le DG du CI(U)SSS se réuniraient périodiquement. Ces rencontres permettraient d'assurer le continuum de soins au sein du CI(U)SSS ainsi que la coordination de la trajectoire des patients entre les différentes installations du CI(U)SSS.

Inspiré d'un modèle hybride de l'imputabilité du système de santé et services sociaux, le DGA ou DG local, aurait un pouvoir accordé par le CA de l'établissement ainsi qu'un budget opérationnel pour son installation. Le DG local serait responsable du personnel de soutien administratif, de la salubrité, du stationnement, du soutien au personnel médical, du personnel de la finance, des ressources humaines, de la paie, des technologies de l'informatique, etc.. Il travaillerait en équipe avec les différents directeurs du CIUSS pour la gestion du personnel ou des immobilisations. Le DGA serait ainsi au courant, et imputable, des détails et des problématiques du terrain. Il pourrait détecter rapidement et rendre compte au CA des situations problématiques comme celles survenues récemment dans le contexte de la COVID-19.

L'indépendance du DGA de l'hôpital par rapport au DG du CIUSS/CISSS est primordiale. De nombreux cas d'intimidation et d'abus de pouvoir du gros centre sur le petit ont été déclarés à notre groupe. La fusion des centres a eu, dans plusieurs cas, une attitude colonialiste entre le plus gros centre et les petits hôpitaux périphériques : Appropriation des postes médicaux et postes d'autres professionnels (pharmaciens, nutritionnistes, inhalothérapeutes, etc.), utilisation des salles opératoires du petit centre par le gros centre sans, en retour, d'offre de service supplémentaire à la population, obligation de garde dans le gros centre par des médecins du petit centre, même au prix d'une découverte locale...

Nous croyons que nos patients doivent avoir un DGA local qui défend leurs intérêts et travaille sur place, dans l'hôpital, à s'assurer de la qualité des services offerts. Ce dernier doit travailler en collaboration avec les instances dirigeantes du CIUSS (DSI/DG/DSP) mais de façon indépendante et en rendant compte au CA et au ministère directement. Ce DGA doit travailler à temps plein, sur place, dans l'hôpital. De plus, le comité de sélection de ce DGA devrait contenir au minimum 3 membres de l'hôpital en question soit un membre du CMDP, un membre de la communauté et un membre de la fondation et faire ses recommandations au CA de l'établissement.

Les fondations d'hôpitaux fusionnés sont d'ailleurs les grandes perdantes dans le processus actuel. L'éloignement du pouvoir décisionnel ainsi que le fait que l'hôpital n'est plus impliqué dans les choix de travaux ou de projets majeurs rend très difficile de trouver des vocations à plusieurs dons importants. Les montants recueillis ne sont pas orientés car les représentants des CIUSS ne connaissent pas les besoins réels, sur le terrain, des hôpitaux. Les donateurs sont démotivés devant la piètre utilisation de leur argent dans un système de santé pourtant si nécessaire.

Directeur de Services Professionnels (DSP) opérationnel local avec un pouvoir décisionnel

Selon la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, un Directeur des Services Professionnels (DSP) est responsable de la coordination et de la surveillance de l'activité

professionnelle et scientifique dans tout centre exploité par un établissement de santé (CH, CLSC, CPEJ, CHSLD ou CR). Il s'agit toujours d'un médecin. Le DSP est nommé après consultation du Conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens (CMDP) ainsi que, dans le cas d'un établissement qui exploite un centre désigné centre hospitalier universitaire ou institut universitaire, après consultation de l'université à laquelle l'établissement est affilié.

Dans un centre hospitalier (i.e. centre ayant pour mission d'offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés), la création d'un poste de DSP est **obligatoire**. Dans les autres établissements (CLSC, CPEJ, CHSLD, CR), la nomination d'un DSP est facultative et dépend du plan d'organisation de l'établissement (art. 202 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.S.S.S.)*). La *L.S.S.S.* stipule donc clairement que tout établissement de santé peut nommer un DSP.

► **La nomination d'un DSP pour chaque établissement de santé (Ex : Centres hospitaliers et CHSLD) est conforme au cadre législatif actuel de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.**

Sous l'autorité du directeur général, le directeur des services professionnels doit :

1. Diriger, coordonner et surveiller les activités des chefs de départements cliniques;
2. Obtenir des avis des chefs de départements cliniques sur les conséquences administratives et financières des activités des médecins, dentistes et pharmaciens des divers départements cliniques;
3. Appliquer les sanctions administratives qui s'imposent lors du non-respect par un membre du CMDP des règles et des modalités de fonctionnement de son département et en informer le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et les chefs de département clinique concernés;
4. Surveiller le fonctionnement des comités du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et s'assurer que ce conseil contrôle et apprécie adéquatement les actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans tout centre exploité par l'établissement;
5. Prendre toutes les mesures pour faire en sorte qu'un examen, une autopsie ou une expertise exigé en vertu de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès soit effectué;
6. Remplir les obligations prévues au Code civil et à la Loi sur le curateur public, en matière de régimes de protection des personnes inaptes et de mandat de protection;
7. Assumer toute autre fonction prévue au plan d'organisation de l'établissement.

En résumé, un DSP est le véritable chef d'orchestre et leader des médecins, dentistes et pharmaciens d'un hôpital. Il est la personne-ressource à joindre pour toute problématique concernant directement la qualité et l'efficacité des soins dispensés dans un hôpital ou pour tout conflit au sein des équipes de travail. Il est impératif pour lui de bien connaître le terrain, les médecins avec qui il collabore et les différentes problématiques particulières à son hôpital. Un contact étroit avec les réalités concrètes de son lieu de travail ainsi que la proximité avec les

médecins locaux a nécessairement un impact direct sur la rapidité d'intervention pour solutionner une problématique quelle qu'elle soit, ce qui favorise le bon fonctionnement des départements et des services sous sa responsabilité. Avoir une proximité et une présence continue et soutenue d'un DSP localement favorise un sentiment d'appartenance et favorise aussi le soutien d'initiatives locales et innovantes. Un DSP local confère également une plus grande imputabilité au médecin qui assume cette fonction du fait de sa proximité avec les médecins de son installation.

Par ailleurs, le problème des longs délais d'attente dans les salles d'urgence peut être tributaire de facteurs très différents d'un centre hospitalier à l'autre. Une multitude de facteurs peuvent entrer en ligne de compte et être très variés d'un hôpital à l'autre. Ainsi, un DSP local, de par sa connaissance du terrain et des témoignages directs des médecins de son hôpital peut entreprendre des actions ciblées et adaptées à la réalité propre à son hôpital afin d'améliorer les performances de sa salle d'urgence. Au contraire, un DSP de CI(U)SSS qui doit gérer plusieurs centres hospitaliers et qui élabore un plan d'action uniforme pour l'ensemble des hôpitaux sous sa charge, peut rater la cible pour un hôpital en particulier dont les caractéristiques propres ne concordent pas avec la stratégie adoptée. Les plans d'action doivent évidemment être adaptés et personnalisés à chaque hôpital, en fonction de ses défis particuliers.

Il y a actuellement 32 DSP en fonction au Québec (<http://fmrq.qc.ca/pem-prem-en-mf/liste-directeur-services-professionnels>). Cependant, plusieurs des établissements dotés d'un DSP se sont également dotés de postes de DSP adjoints afin de répondre à l'énorme défi de gestion que représente pour chacun de ces DSP le fait de devoir prendre en charge plusieurs installations relevant de leur établissement.

Prenons comme exemple le Centre Intégré de Santé et de Services Sociaux de la Montérégie Est (CISSSME), qui regroupe les centres hospitaliers Pierre-de-Saurel (Sorel-Tracy), Honoré-Mercier (St-Hyacinthe) et Pierre-Boucher (Boucherville). Même si cet établissement ne compte officiellement qu'un DSP, il y a dans les faits 3 autres postes de DSP adjoints :

1. Un directeur adjoint des services professionnels - RLS Pierre-De Saurel, Partenariat médical en 1ère ligne et coordination des activités hospitalières (i.e. DSP responsable des omnipraticiens/médecins de famille de tout le CISSSME, mais basé à Sorel-Tracy).
2. Un directeur adjoint des services professionnels – RLS Honoré-Mercier, Volet 2° ligne médecine spécialisée (i.e. DSP responsable des médecins spécialistes de tout le CISSSME, mais basé à St-Hyacinthe).
3. Une Adjointe à la DSP du CISSSME par intérim basée au RLS Pierre-Boucher.

Ainsi, plutôt que de compter un seul DSP, le CISSSME compte dans les faits 4 DSP, si on comptabilise les DSP adjoints, pour 3 centres hospitaliers. Ces DSP/DSP adjoints ont des fonctions partielles/amputées et qui chevauchent plusieurs centres hospitaliers. Ils doivent faire la navette entre les différents sites, et ne sont donc présents que quelques jours par semaine ou même par mois dans chaque centre hospitalier. Il serait de façon évidente beaucoup logique et efficace

d'avoir plutôt 3 DSP distincts locaux pour chaque centre hospitalier, chacun avec une pleine autorité pour son propre centre hospitalier. Un DSP local toujours présent sur place dans un seul centre hospitalier et ayant sous sa responsabilité l'ensemble des médecins (omnipraticiens et spécialistes) de ce centre hospitalier. Pour l'exemple concret du CISSSME, la création de 3 postes de DSP locaux pour chacun des 3 centres hospitaliers ne représente pas réellement la création de nouveaux postes puisque ces postes existent déjà. Autrement dit, il ne s'agit que d'une responsabilisation du DSP local et cela se ferait donc sans réel coût ajouté puisqu'il y a déjà officiellement 4 postes dédiés à la fonction de DSP/DSP adjoints dans le CISSSME.

Une situation semblable à celle décrite pour le CISSSME prévaut dans plusieurs autres établissements du Québec. Une analyse réalisée par Mme Kim Ngan Le Nguyen intitulée « Structure organisationnelle de la direction des services professionnels au sein des CI(U)SSS » peut vous être fournie sur demande. Cette analyse confirme que plusieurs CI(U)SSS comportent déjà plusieurs postes de DSP adjoints en plus de leur DSP principal. En effet, pour 22 établissements de type CI(U)SSS analysés, il existe non pas 22 postes de DSP (i.e. un poste de DSP par établissement) mais bien 80 postes de DSP/DSP adjoints.

Il semble donc faux de croire que de doter chaque centre hospitalier de son DSP propre représenterait une dépense nécessairement accrue. S'il existe 173 centres hospitaliers au Québec susceptibles de se doter d'un DSP propre et local, il ne faut pas nécessairement conclure que cela équivaut à passer de 32 à 173 postes rémunérés de DSP. Compte tenu du nombre important de DSP adjoints actuellement présents dans les mégastructures que sont les CISSS et les CIUSSS qui ne seraient alors plus requis, il est raisonnable d'estimer que cette restructuration se ferait à coût égal ou alors supérieur de façon négligeable. Par ailleurs, le gain en efficacité, en temps de réaction écourté sur le terrain et en pertinence d'intervention serait à coup sûr rentable et justifierait à lui seul l'investissement requis pour autant que cette restructuration représente réellement un investissement accru, ce qui n'est pas nécessairement le cas pour les raisons évoquées plus tôt.

Nous croyons fermement que le fait d'octroyer un DSP local ayant pleine autorité et un réel pouvoir décisionnel dans chaque centre hospitalier du Québec aurait un impact positif majeur sur l'organisation et l'efficacité de la dispensation des soins au Québec.

La rentabilité d'une telle restructuration ne fait aucun doute à nos yeux et s'inscrit parfaitement dans l'axe de la pertinence et rentabilité des soins. En particulier, nous croyons que de doter chaque centre hospitalier d'un DSP local pourrait permettre d'affronter la 2^{ème} vague de pandémie de COVID-19 de manière beaucoup plus efficace, efficiente et sécuritaire. Enfin, un DSP local pour chaque centre hospitalier aurait assurément un impact positif majeur sur l'amélioration des délais d'attente dans les salles d'urgence. Les DSP locaux de chaque centre hospitalier d'un CI(U)SSS pourraient se rencontrer périodiquement afin d'assurer une bonne cohérence dans la coordination des activités professionnelles au sein du CI(U)SSS.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) opérationnel et local avec un pouvoir décisionnel

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* édicte le rôle et les responsabilités qui incombent au CMDP de chaque établissement (LSSS art. 213 et suivants).

► **La Loi sur les services de santé et les services sociaux stipule qu'un CMDP doit être formé dans tout établissement ou exercent au moins 5 médecins, dentistes ou pharmaciens.**

Le CMDP est notamment responsable envers le conseil d'administration de l'établissement de s'assurer du contrôle de la qualité de l'acte professionnel posé par ses membres, d'élaborer des modalités d'un système de garde, de recommander un plan d'organisation et de donner son avis sur l'organisation technique et scientifique au sein de l'établissement. Le CMDP d'un établissement est composé de tous les membres détenant des privilèges de pratique dans cet établissement.

Trois principaux mécanismes sont mis en œuvre par le CMDP afin de contrôler la qualité de l'acte professionnel de ses membres. Ces mécanismes sont déployés par des comités obligatoires du CMDP, soit le comité des titres, le comité d'évaluation de l'acte et le comité de discipline.

C'est par le biais de son comité exécutif que le CMDP s'assure de faire respecter la qualité de l'acte dans son établissement.

Il est important de noter que le CMDP d'un établissement est une entité autonome, qui fonctionne efficacement, promeut et assure la qualité et la sécurité des soins en contribuant à l'organisation clinique pertinente et efficiente. **Le CMDP finance généralement ses activités par les cotisations de ses membres qui œuvrent au sein de l'établissement. Notez que de très nombreuses tâches, inhérentes aux responsabilités du CMDP, sont accomplies de façon bénévole.**

Nous sommes d'avis que suite à l'implantation de la loi 10, la formation de méga-CMDP sous l'égide des CISSS et CIUSSS a contribué à la démobilisation de beaucoup de ses membres de même qu'à une perte d'efficacité quant à la capacité de gestion de la qualité de pratique dans les établissements de santé.

En effet, souvent composés de plus de mille membres, les nouveaux CMDP peinent à comprendre et à prendre en charge efficacement les enjeux cliniques de chaque milieu qu'ils représentent car ces derniers sont trop nombreux et très souvent situés à distance du lieu où les décisions sont prises. Le rôle fondamental des CMDP tel qu'édicté par la LSSS étant notamment la gestion efficiente de la qualité de l'acte clinique, il devient difficile de bien remplir ce rôle lorsque situé à distance et déconnecté de la réalité du terrain.

Plusieurs des membres de notre association se sont engagés depuis l'introduction de la loi 20 auprès des comités exécutifs du CMPD (CECMDP) de leur nouvelle institution et ils peuvent témoigner de grandes lacunes quant à la capacité du CMDP à prendre en charge tous les enjeux pertinents quant à la qualité de la pratique sur leur territoire. Par exemple, la structure actuelle a créé une organisation particulièrement centrée sur les hôpitaux et les enjeux qui y sont reliés. Par conséquent, peu de représentativité sur ces CECMDP n'est offerte aux enjeux des autres installations, notamment les CLSC et CHSLD, dont la réalité du terrain demeure actuellement méconnue. Nous avons pu constater au cours des derniers mois les conséquences catastrophiques d'une telle situation.

Finalement, nous pensons que la fusion des CMDP des anciens CSSS sous l'égide des CISSS et CIUSSS a mené à une démobilisation générale de ses membres. En effet, ces nouvelles structures étant dissociées des réalités locales de ses membres et répartis sur plusieurs sites, une perte du sentiment d'appartenance fut inévitable. Or la bonne gestion clinique et la qualité de l'acte dépend de la capacité des membres à faire entendre leurs problématiques et à bien comprendre les recommandations formulées par leur CMDP.

De plus, les différentes installations de plusieurs CISSS étant situés à plus d'une heure de distance les uns des autres, il devient pratiquement impossible aux différents membres des d'assister aux assemblées générales des CMDP, ce qui contribue d'autant plus à la démobilisation.

Tout ceci nous amène à conclure qu'à l'intérieur de si gigantesques structures, le CMDP ne peut plus s'assurer de la qualité, de la pertinence, de l'efficacité et de la sécurité des soins dispensés à la population québécoise.

Pour toutes ces raisons, nous suggérons la mise en place de CMDP locaux dans les différentes installations des CIUSSS et CISSS.

Ceci nous apparaît la solution la plus efficace pour s'assurer d'un véritable contrôle de la qualité de l'acte offert aux populations que nous desservons. Ceci nous apparaît également comme la solution la mieux adaptée pour correspondre à l'esprit de la loi.

Ces CMDP locaux seraient chapeautés par un comité exécutif (CECMDP), lui aussi local, tel que prévu par la loi, et devraient également constituer les mêmes comités obligatoires que ci-haut mentionnés.

Les CECMDP locaux :

- Seraient formés de 5 à 10 membres tout au plus, selon la taille du centre hospitalier et le nombre total de membres du CMDP

- Rendraient compte chacun de leurs travaux et recommandations directement auprès des CA des CIUSS et CISSS actuellement existants. Ceci permettrait aux CA d’avoir un reflet plus véridique des enjeux cliniques locaux de chaque installation.
- Prendraient part à une table des CECMDP locaux des différents centres hospitaliers regroupés au sein d’un même CI(U)SSS. Ces tables auraient pour mandat d’assurer la coordination et la communication entre les différents CMDP d’un même CI(U)SSS.

À notre avis, les CMDP locaux permettraient l’implantation d’une réelle gouvernance clinique locale au service du patient, favorisant la proximité des services et un cheminement plus fluide dans le continuum de soins.

Table des chefs de départements opérationnelle et locale avec un pouvoir décisionnel

La situation actuelle (depuis la réforme de 2015)

Depuis la réforme Barrette, les chefs locaux des départements ont été supprimés. Malgré le fait que les Plans de Répartition des Effectifs Médicaux (PREM) soient demeurés dans les hôpitaux respectifs, la gouvernance des départements et des services locaux a été centralisée. Ainsi, la gouvernance des petits hôpitaux et de leurs départements est assurée par un chef représentant l’ensemble des départements et services respectifs du CISSS ou CIUSSS. Par conséquent, les représentants locaux des départements ou services se retrouvent sans aucun pouvoir décisionnel et donc soumis aux décisions majoritaires émanant des départements plus importants en taille.

La collaboration, la prise de décision constructive et l’autonomie locale ont été remplacées par la prise de décision de la majorité de méga-structures fusionnées. Les prises de décision sont dorénavant prises de façon directive par un chef central, sans aucun pouvoir donné aux représentants locaux: en fait, certains chefs de département ont insisté sur le fait que le terme "chef local", ou chef de service, a été délibérément abandonné.

Ainsi, les chefs de départements et de services centraux ont hérité de tout le pouvoir décisionnel, depuis le processus de recrutement - même si le recrutement devrait normalement impliquer les équipes locales, la prise de toute forme de décision, et même jusqu’en matière d’achat ou répartition d’équipement. Bref, la gouvernance locale a été tout simplement abolie.

Par ailleurs, accéder au poste de chef de département d’un CISSS/CIUSSS devient un défi pratiquement impossible pour un médecin ne provenant pas de l’hôpital principal. En effet, la loi de la majorité s’appliquant, les membres du département le plus peuplé des centres hospitaliers compris dans le CISSS/CIUSSS choisissent logiquement et invariablement, sauf exception, un membre de leur groupe pour devenir chef. Cet effet pervers de la centralisation a

sévèrement restreint un processus démocratique où chaque personne, membre d'un département, devrait normalement avoir les mêmes chances de devenir chef, peu importe son hôpital d'attache.

Par exemple, au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, il n'y a pas un seul chef de département qui vienne d'un autre hôpital que celui du Sacré-Coeur.

La réforme Barrette a établi une structure centraliste et absolutiste où les droits des minorités ne sont plus respectés ; à l'instar d'un régime absolutiste, elle a non seulement créé un sentiment d'impuissance et de frustration chez les professionnels des plus petits hôpitaux, mais aussi une atmosphère de peur de parler et d'exprimer son opinion (omerta), par crainte de répression.

La situation depuis l'arrivée de la COVID-19

Avec l'arrivée de la COVID-19, la déconnexion des chefs centraux par rapport aux besoins et réalités locales a été douloureusement révélée et a mis en danger la santé et la vie des patients et des travailleurs de la santé.

La concentration de tous les pouvoirs entre les mains des chefs de département centraux a entraîné une lenteur du processus de prise de décision, où les membres et les "représentants" locaux devaient d'abord se battre pour le droit d'être impliqués ou entendus sur les problèmes locaux qui les visent de manière particulière, puis une seconde longue prise de décision où, en fin de compte, la décision était prise par le chef central, ignorant souvent complètement ou allant simplement à l'encontre des conseils et des besoins locaux.

Non seulement le retard dans la prise de décision a causé un danger pour le personnel de santé et un danger pour les patients, y compris des décès, mais les décisions reflétaient uniquement une réalité de l'hôpital central, et non pas par des hôpitaux communautaires.

Il existe de **nombreux exemples** de ce type d'abus de pouvoir centralisateur et absolutiste de la part des chefs centraux tout au long de la pandémie, ce qui ne fait que cristalliser l'abus de pouvoir général des chefs de département, en accord avec les directives de leur DSP respectif.

La démotivation, la frustration, le désespoir et la peur sont à leur comble chez les représentants locaux d'un département dans un hôpital communautaire donné, ce qui entraîne de fréquentes démissions, un dysfonctionnement de l'organisation et, au bout du compte, met en danger la qualité des soins de santé de la population québécoise.

La crise sanitaire et le manque de gestion centrale adéquate ont forcé certains médecins des CIUSSS à passer à l'action, en dépit de tout et en désespoir de cause : spontanément, et sous le

regard mauvais des chefs de départements centraux, des « tables de chefs locaux » ont vu le jour: par obligation envers la bonne qualité d’acte, et au nom de la protection des employés dans les hôpitaux et de la population : il y avait des vies en jeux !

Les tables de chefs locales qui ont spontanément vu le jour par nécessité ont pu, tout au long de la crise de la première vague de COVID-19, adéquatement identifier les besoins de leur centre communautaire respectif; ces tables locales ont ainsi pu s’outiller afin de réagir en temps opportun, avec des plans adaptés à leur réalité locale, et se doter de la capacité, de l’humilité et de l’agilité nécessaires pour s’ajuster le moment venu.

Malheureusement, la structure des CIUSSS étant ce qu’elle est, toutes les idées et les plans élaborés à la table des chefs locaux devaient être soumis, discutés, approuvés et mis en œuvre par des instances décisionnelles centralisées, soit le Comité de Planification et d’Intervention en sécurité civile (COPIN), et le comité des mesures d’urgence, notamment. Puisque ces instances étaient déjà elles-mêmes surchargées par d’innombrables demandes diverses dans le contexte d’une crise sanitaire sans précédent, les délais se sont étirés, les réponses partielles et non adaptées à notre réalité locale se sont multipliées, et nos préoccupations se sont accumulées devant l’impossibilité de préparer un hôpital communautaire adéquatement.

Des exemples : un système qui tue

Exemple 1

Un premier exemple démontrant la faiblesse du système centraliste fut la gestion de l’établissement des trajectoires des patients COVID.

Le plan suggéré par les équipes locales d’un centre hospitalier a été remis en question de façon répétée par la direction du CIUSSS, cette dernière se basant sur des informations erronées liées à une méconnaissance des lieux physiques de l’hôpital en question.

Le trajet adopté par la direction centrale a été jugé non sécuritaire par la table de chefs locaux puisque ce dernier permettait le passage de patients infectés par la COVID-19 (chauds) dans des zones fréquentées par des patients non infectés (froids) et des employés non dédiés aux patients infectés, avec tout le risque de contamination que ceci importe., alors que ceci aurait pu être évité.

Exemple 2

Une décision unilatérale a été prise par le chef de département d’anesthésie d’un CIUSSS, à l’effet qu’il était interdit d’intuber les patients dans une salle pourtant jugée optimale par la table des chefs locaux pour la sécurité des patients et le personnel, et que les anesthésistes devaient plutôt intuber les patients à l’urgence. Cette décision a été prise par une personne ne travaillant pas à l’hôpital communautaire et ne connaissant pas les enjeux de sécurité qui avaient mené à l’élaboration du projet par les anesthésistes locaux. Cette décision a eu pour conséquence

l'intubation difficile et dangereuse des patients dans une petite salle exigüe et non sécuritaire à l'urgence, plutôt que dans la salle qui avait été jugée plus adaptée.

La table de chefs locaux a exprimé ses préoccupations sur toutes les plateformes et les anesthésistes ont réitéré tour à tour leur malaise et leur inquiétude par rapport à la sécurité des patients et du personnel pendant ces procédures.

La table des chefs locaux se faisait répondre de façon répétée par les gestionnaires que ces salles à l'urgence étaient adéquates, ce qui était faux selon l'avis de tous les spécialistes locaux (intensivistes, urgentistes, anesthésistes, inhalothérapeutes).

Exemple 3

Le représentant local de la chirurgie d'un autre centre communautaire a proposé un plan consistant à placer les patients dans des chambres isolées en postopératoire dès le début de la pandémie ; cette proposition, émanant uniquement du représentant local, a été rejetée par le chef central. Les patients ont donc été placés dans des chambres de 2 à 4 patients, au lieu d'être isolés, ce qui a entraîné l'infection de plusieurs patients par la COVID-19 et pour certains, leur décès.

En résumé

Si nous ne rétablissons pas la gouvernance locale, si nous ne redonnons pas le pouvoir décisionnel aux chefs locaux, si nous ne recréons pas un système où la grande majorité des décisions sont prises par une table de chefs locaux, nous ne pourrons pas gérer la crise actuelle de la COVID - et en effet, il est maintenant clair qu'elle durera quelques années, avec des vagues qui nous frapperont encore régulièrement, mettant en danger la santé de la population québécoise et celle des travailleurs de la santé du Québec.

Force est d'admettre que le système actuel est trop déconnecté de la base et de la réalité clinique du terrain pour bien fonctionner. La structure décisionnelle en place au sein des CIUSSS n'a pas permis une coordination et une préparation optimale des hôpitaux communautaires, et on appelle à une réflexion approfondie afin de prendre des actions concrètes afin de corriger et d'ajuster le tir, et ceci de la manière la plus rapide possible afin de pouvoir faire face à une deuxième vague.

Il est maintenant temps d'adapter notre système de santé à une nouvelle réalité, il est maintenant temps d'être courageux et de reconnaître nos bons coups mais également nos erreurs et nos échecs.

Nous voulons aussi souligner que, selon nous et selon des avis d'experts légaux obtenus dans le passé, une réorganisation telle que nous la proposons est en accord avec la présente Loi 10.

Définition du rôle d'un chef de département

Pour un centre hospitalier, un chef de département clinique bien outillé peut contribuer à une meilleure organisation des services, un exercice professionnel de qualité et, en conséquence, à l'amélioration de la réponse aux besoins des malades.

Les responsabilités du chef de département sont bien décrites dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Elles sont intimement liées d'une part au Conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens (CMDP), lequel est responsable envers le conseil d'administration de l'établissement, et d'autre part envers la Direction des Services Professionnels.

Le chef de département clinique est nommé pour tout au plus quatre ans par le conseil d'administration après consultation des médecins, dentistes et pharmaciens.

Une synthèse des dispositions législatives relatives aux responsabilités du chef de département clinique pourrait se décrire ainsi :

- Responsabilités envers le directeur des services professionnels (local)
- Coordonner les activités professionnelles
- Gérer les ressources médicales, dentaires ou pharmaceutiques
- Élaborer des règles d'utilisation des ressources et voir à leur bonne application
- Gérer les ressources de leur département
- Faire la liste de garde et veiller à son application
- S'assurer de la distribution appropriée des soins.

Les responsabilités du chef de département envers du CMDP sont les suivantes :

- Surveiller la façon dont s'exercent la médecine, l'art dentaire et la pharmacie dans son département;
- Élaborer des règles de soins médicaux et dentaires et des règles d'utilisation des médicaments;
- Donner son avis sur les privilèges et le statut à accorder et sur les obligations rattachées à ces privilèges.

► **La création de postes de chefs de département locaux autonomes et pourvus d'un pouvoir décisionnel est conforme au cadre législatif actuel de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.**

Voici un extrait d'un jugement légal de 2016 :

« En vertu de l'annexe 1 de la loi modificative, l'hôpital (communautaire) n'a pas été fusionné au CIUSSS. L'hôpital est un « établissement public administré par le CA de l'établissement public issu de la fusion. »

Autrement dit, l'hôpital a été regroupé en ce qu'il a de manière administrative, mais il est toujours un Établissement distinct au sens de la loi.

L'article 55.1 de la loi modificative ne limite d'aucune façon le porté des articles 184, 185 et 188 de la LSSSS.

Le plan d'organisation du CIUSSS doit donc prévoir la création des départements cliniques pour chaque hôpital, à ce titre, ce centre hospitalier et les départements doivent être dirigés par des chefs de département issus de l'hôpital. »

De plus, le ministre à l'origine de la réforme et de l'implantation de la loi 10, le Dr Gaétan Barrette, avait prévu une marge de manœuvre ministérielle importante en cas d'urgence ou de dysfonctionnement du système et des structures créées :

« Le ministre peut, par règlement, prescrire des règles relatives à la structure organisationnelle de la direction des établissements publics. Également, de la même manière, prescrire toute autre mesure qu'un établissement doit respecter afin de permettre une meilleur organisation et une saine gestion des ressources de l'établissement, notamment quant aux programmes à mettre en place et à la prestation des services aux usagers. »

Nous recommandons la création de tables de chefs locaux ayant une autonomie et un réel pouvoir décisionnel dans leur propre établissement.

Directeur Clinique (DC) dans les CHSLD

La première vague de la crise sanitaire de COVID-19 a mis en évidence une problématique sérieuse dans les CHSLD du Québec. Plusieurs problèmes semblent découler du fait qu'il n'y avait pas sur le terrain une personne qui était responsable de surveiller et corriger les déterminants principaux de la qualité des soins dans chacune de ces installations. En l'absence d'un gestionnaire sur le terrain qui connaît bien le milieu et qui peut bien cerner les problèmes parfois subtils ou complexes, les CHSLD sont gérés par des administrateurs à distance qui tardent à identifier et corriger ces problèmes de façon rapide et efficace. La lenteur et l'inefficacité dans la prise des décisions découlant de ce manque de chef clinique sur place a contribué sans doute à alourdir le bilan de la pandémie dans les CHSLD.

Le gouvernement s'est déjà publiquement montré favorable à rétablir des Directeurs Généraux Adjoins pour chaque CHSLD de la province. Nous saluons cette décision qui nous apparaît plus que nécessaire, voire impérative et même urgente.

Par ailleurs, outre une direction générale locale, il serait tout aussi important de rétablir une forme de direction des services professionnels dans chaque CHSLD localement.

Pour les CHSLD, historiquement et antérieurement à l'implantation de la loi 10, les DSP des centres hospitaliers affiliés aux CHSLD de leur région assumaient aussi cette fonction pour ces installations. Ceci était logique, puisque de nombreux médecins ayant un statut de membre actif dans le centre hospitalier avaient également des activités cliniques dans les CHSLD affiliés du même établissement. Cela pourrait être encore le cas dans la restructuration que nous proposons.

Une autre option alternative envisageable serait d'avoir l'équivalent d'un DSP local dans chaque CHSLD, un poste qui pourrait être assumé à temps partiel par un *directeur clinique* (DC) qui maintiendrait une pratique professionnelle active dans le CHSLD, donc ne représenterait pas un poste rémunéré à temps complet ni une dépense salariale significative au budget global réservé aux postes de DSP. De cette façon, le DC continuerait à faire partie de l'équipe traitante tout en occupant une fonction à temps partiel administrative. Ce modèle assurerait une cogestion saine au sein du CHSLD et assurerait que ce DC sera tenu imputable en vertu de son inclusion dans l'équipe traitante, de son obligation déontologique professionnelle et de son obligation administrative auprès du DG du CIUSSS/CISS.

Le DC du CHSLD agirait en concert avec les structures administratives existantes dans le modèle actuel des CIUSSS et des CISS. Cette personne agirait en cogestion avec les administrateurs existants du CIUSSS/CISS (DSP locaux et DG adjoints locaux des centres hospitaliers ainsi que DG du CIUSSS/CISS) afin d'assurer que les protocoles cliniques et la qualité de l'acte soient maintenus au bon niveau. Le DC assurerait la liaison avec les services des installations avoisinantes et travaillerait en concert avec les DSP des hôpitaux de soins aigus afin de faciliter les protocoles de transfert de patients.

En résumé, une personne de référence pour la coordination et la surveillance de l'activité professionnelle et scientifique est impérative pour chaque CHSLD. Cette personne pourrait être soit le DSP du centre hospitalier auquel est rattaché un CHSLD, soit un directeur clinique (DC) nommé pour ce CHSLD.

A posteriori, la présence d'un DG adjoint local ainsi que d'un DC local pour chacun des CHSLD de la province aurait sans aucun doute eu un impact positif majeur dans l'efficacité de la gestion de la première vague de la crise sanitaire de la COVID-19. Les médecins et le personnel clinique de chaque CHSLD auraient eu une personne de référence évidente à qui faire part rapidement et sans intermédiaire des difficultés et obstacles rencontrés sur le terrain au jour le jour (ex : problème d'accès aux équipements de protection individuelle (ÉPI), absence de répartition des patients selon leur statut COVID en zone chaude ou froide, etc.). Des DC locaux auraient eu la

pleine autorité pour mettre en place rapidement des protocoles et directives adaptées aux particularités distinctes de leur propre CHSLD. La table des DC des CHSLD de chaque CIUSSS/CISSS aurait joué un rôle majeur pour permettre à l'administration centrale de chaque territoire de rapidement identifier les problèmes émergents et d'y apporter des correctifs pan-CIUSSS/CISSS ce qui aurait pu nettement améliorer la morbidité et la mortalité associées à la première vague de la pandémie de COVID-19 au sein des CHSLD du Québec.

Conclusion

En conclusion, nous sommes d’avis que le modèle de gouvernance locale proposé dans ce texte constitue une solution qui améliorerait grandement la problématique importante et complexe qui s’est développée dans le réseau de la santé suite à la création des CIUSSS et des CISSS découlant de la réforme de 2015. Ce modèle pourrait être mis en œuvre tout en respectant le cadre législatif de la Loi 10 et de la *Loi sur la Santé et les Services Sociaux*. Les modifications proposées pourraient être financées en réaffectant des postes existants et en restructurant l’échelle salariale octroyée actuellement à certains administrateurs centraux qui auraient dorénavant une tâche administrative beaucoup plus raisonnable. Ce modèle contribuerait à améliorer la qualité des soins offerts aux patients de façon concrète et directe en permettant aux acteurs sur le terrain de participer activement à l’amélioration de l’offre, de la qualité et de l’étendue des soins offerts.

Équipées de ce **modèle de gouvernance locale**, les installations individuelles des CIUSSS et les CISSS optimiseraient leur offre de soins en les rendant plus adaptés aux besoins spécifiques de leurs communautés, tout en collaborant activement avec l’administration centrale des CIUSSS et des CISSS afin d’assurer que l’ensemble des besoins du territoire couvert soient aussi considérés. Le retour de la gouvernance locale au sein des installations en soins aigus est selon nous essentiel pour assurer une meilleure performance en prévision de notre réponse collective à une deuxième vague de la COVID-19 mais plus particulièrement après la pandémie.

Au-delà de la pandémie actuelle, nous avons la conviction profonde qu’un retour de la gouvernance locale au sein des centres hospitaliers du Québec se traduira nécessairement par une amélioration concrète, réelle et substantielle de la performance du système de santé québécois pour les années à venir. Mettre enfin le patient au cœur du système de santé passe impérativement par un retour vers une gouvernance locale des établissements de santé.

Analyse juridique des propositions du RQMDSS

REGROUPEMENT QUÉBÉCOIS DES MÉDECINS POUR LA DÉCENTRALISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

RQMDSS

Propositions du regroupement à l'égard de la décentralisation de certains éléments structurels du réseau / Caractère réalisable des propositions / Aspects légaux

Propositions

Le RQMDSS souhaite la création, dans chaque installation physique ayant une mission de centre hospitalier :

1. d'un poste de directeur général adjoint;
2. d'un poste de directeur des services professionnels local;
3. d'un CMDP autonome;
4. de postes de chefs de département locaux et d'une table des chefs de département clinique;

Le cadre législatif et réglementaire actuel permet-il l'implantation des recommandations que formule le RQMDSS?

Analyse

Pour les fins de l'analyse, ont notamment été considérés :

- *Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS);*
- *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (Loi 10);*
- *Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (Loi 20);*
- *Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux (Loi 130);*
- *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (ROAE).*

1. Création d'un poste de directeur général adjoint

En vertu de la LSSSS, le conseil d'administration d'un établissement possède de larges pouvoirs en matière d'organisation administrative, professionnelle et scientifique. Il revient au conseil d'administration de gérer les affaires de l'établissement et d'en exercer tous les pouvoirs.

L'article 183 de la LSSSS prévoit que tous les établissements doivent préparer un plan d'organisation. Ce plan doit décrire les structures administratives de l'établissement, ses directions, ses services et départements ainsi que les programmes cliniques.

Sans qu'il y ait nécessité de changer la loi, il est donc possible pour un établissement, dans son plan d'organisation, de se doter d'une structure administrative qui lui soit propre.

La décision de créer un poste de directeur général adjoint dans chacune de ses installations ayant une mission de centre hospitalier peut certainement, d'un point de vue légal, s'inscrire dans cette perspective.

L'approbation du ministre est cependant ici probablement nécessaire (article 10 de la Loi 130, 2017). « *Le plan d'organisation d'un CISSS ou d'un établissement non fusionné préparé conformément à l'article 183 de cette loi doit être transmis au ministre. Le ministre approuve le plan d'organisation de l'établissement avec ou sans modification.* ».

Ajoutons que le ministre pourrait d'ailleurs, de lui-même, donner des directives en ce sens à tous les CISSS / CIUSSS selon des orientations ministérielles.

Sous l'autorité du conseil d'administration et du PDG, les directeurs généraux adjoints, dans l'accomplissement des fonctions qui leur seraient attribuées, pourraient avoir la latitude nécessaire pour s'assurer du bon fonctionnement, au jour le jour, des centres hospitaliers dont ils auraient la charge.

2. Création d'un poste de DSP local dans chaque centre hospitalier

En vertu de l'article 202 de la LSSSS, un directeur des services professionnels doit être nommé par tout établissement qui exploite un centre hospitalier ou par toute instance locale. Dans ce cas, le DSP doit être un médecin et être nommé après consultation du CMDP.

En vertu de l'article 203 de la LSSSS, le DSP a pour fonction générale de coordonner l'activité professionnelle et scientifique de tout centre exploité par l'établissement. Le DSP exécute ses fonctions sous l'autorité du PDG de l'établissement. Une de ses principales responsabilités est de diriger, coordonner et surveiller les activités des chefs de département clinique.

Bien que la LSSSS prévoit qu'un seul DSP soit nommé pour l'ensemble des centres qui composent un établissement, rien n'interdit la nomination de DSP adjoints. De fait, plusieurs postes de DSP adjoints ont déjà été créés au sein du réseau.

Dans cette foulée, il est donc possible de nommer spécifiquement un DSP adjoint dans chacune des installations des centres hospitaliers qu'exploitent les CISSS et les CIUSSS.

Un DSP qui aurait pour principale tâche de coordonner l'activité professionnelle et scientifique dans son installation centre hospitalier.

Un personnage aux coudées franches qui pourrait agir sous l'autorité du PDG de l'établissement et du directeur général adjoint du centre hospitalier.

Tout est encore ici une question de volonté organisationnelle. Une volonté de le prévoir dans le plan d'organisation de l'établissement.

3. Création d'un CMDP local

L'article 213 de la LSSSS prévoit qu'un CMDP est institué pour chaque établissement qui exploite un ou plusieurs centres où exercent au moins cinq médecins, dentistes ou pharmaciens.

De son propre aveu, le ministère de la santé a déjà convenu que le plan d'organisation d'un établissement, sans que la loi n'ait à être changée, puisse prévoir la création d'un CMDP local (et de ses comités statutaires) dans chacun des centres hospitaliers que l'établissement exploite.

4. Création de postes de chefs de département locaux et d'une table des chefs de département clinique

En 2017, à la suite des modifications apportées à la LSSSS par l'adoption la Loi 130, les départements cliniques qui doivent obligatoirement être formés dans un CH ont été expressément identifiés (nouvel art. 185 LSSSS) :

Le plan d'organisation d'un centre hospitalier exploité par un établissement public doit prévoir les départements suivants:

- 1° *anesthésie;*
- 2° *chirurgie;*
- 3° *gynécologie-obstétrique;*
- 4° *imagerie médicale;*
- 5° *médecine générale;*
- 6° *médecine spécialisée;*
- 7° *médecine d'urgence;*
- 8° *pédiatrie;*
- 9° *pharmacie;*
- 10° *psychiatrie.*

En vertu de l'article 184 de la LSSSS, il doit y avoir des départements cliniques dans tous les centres hospitaliers. Est-ce à dire que chacune des installations de vocation centre hospitalier devrait être composée de chacun des départements que liste la loi? Question de pertinence. Mais la LSSSS ne l'interdit pas. Les décideurs administratifs ont toute la latitude législative voulue pour en soupeser l'opportunité selon l'idée qu'ils se font de l'efficacité dans la bonne marche des établissements du réseau.

Dans cette perspective, il est donc possible de structurer un établissement en prévoyant la création, dans chacune des installations de vocation centre hospitalier, de départements cliniques propres à chacune d'entre elles. Départements ayant tous à leur tête un chef dont la nomination serait entérinée par le conseil d'administration de l'établissement.

Ce faisant, tous ces chefs pourraient agir, selon les tâches à accomplir, sous l'autorité du DSP spécifiquement affecté au CH et sous l'autorité du CMDP local.

Le plan d'organisation pourrait de surcroît prévoir la création d'une table des chefs de département pour cette installation ou, à plus large échelle, au niveau de l'établissement. Un peu à l'instar des structures que se donnent les différents départements régionaux de médecine générale (DRMG) dans leur région respective et, à plus large vue, au niveau national. Tout comme pour les DRMG, rien dans la LSSSS ne s'oppose à cette possibilité. Il s'agit d'une question d'organisation. Organisation qui pourrait trouver sa source, à l'instar des éléments proposés précédemment, dans ce que prévoient les articles 183 et 184 de la LSSSS.

Conclusion

La législation et la réglementation actuelles sont beaucoup plus souples que ce que plusieurs peuvent entrevoir à l'égard des structures d'un établissement. Elles permettent au ministre de la Santé d'aller de l'avant avec le chantier que lui propose le RQMDSS.

La loi confère de larges pouvoirs au ministre en matière organisationnelle (article 431 de la LSSS). La loi permet aussi aux CISSS et aux CIUSSS d'être créatifs et de proposer des plans d'organisation au ministre, pour peu que ce dernier les approuve. Il est même possible d'envisager un recadrage ministériel beaucoup plus formel par simple voie réglementaire, tel que le prévoit l'article 147 de la Loi 10 : « *Le ministre peut, par règlement, prescrire des règles relatives à la structure organisationnelle de la direction des établissements publics.* » À cet égard, il serait heureux de revoir le ROAE.

M^e Pierre Belzile,
Directeur, service juridique FMOQ

Mai 2021

Appui des villes par résolution du conseil municipal

Baie-des-Sables



Municipalité de Baie-des-Sables

20, rue du Couvent, C.P. 39

Baie-des-Sables (Québec)

GoJ 1Co

COPIE DE LA RÉOLUTION #2021-068

PROCÈS-VERBAL de la séance ordinaire du conseil municipal, tenue le lundi 1^{er} mars 2021 à 20 h par visioconférence, avec enregistrement audio.

Sont présents :

- Monsieur Denis Santerre, maire
- Madame Odette Simoneau, conseillère au siège #1
- Madame Nicole Marcheterre, conseillère au siège #2
- Madame Gabrielle Trigaux, conseillère au siège #3
- Madame Véronique Lamarre, conseillère au siège #4
- Monsieur Alain Leprince, conseiller au siège #5
- Madame Marie-Claude Saucier, conseillère au siège #6

Constat du quorum sous la présidence du maire, Monsieur Denis Santerre. Le directeur général et secrétaire-trésorier, Monsieur Adam Coulombe, est également présent et agit à titre de secrétaire.

2021-068 APPUI À LA DÉCENTRALISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ EN RÉGION

Considérant que la centralisation de nos soins de santé a rendu notre système rigide et lent;

Considérant que les effets de la centralisation se font sentir sur l'accessibilité aux soins de santé de proximité et locaux;

Considérant que nous sommes témoins des conséquences de la centralisation dans notre municipalité;

Considérant que 750 médecins de toutes les régions du Québec se sont mobilisés pour demander la décentralisation de notre système de santé;

Considérant que toutes ces démarches visent à établir les bases d'une gouvernance locale solide et efficiente qui va donner accès en région à l'ensemble des soins médicaux de base sans aucune discrimination;

Considérant que ces 750 médecins ont émis 4 recommandations peu coûteuses, simples et rapides à mettre en place qui ont été transmises au Ministre de la Santé et des services sociaux cet été, soit :



Municipalité de Baie-des-Sables

20, rue du Couvent, C.P. 39

Baie-des-Sables (Québec)

50J 1C0

(Suite de la résolution #2021-068)

- Le rétablissement d'un poste d'administrateur décisionnel local pour chaque centre hospitalier de soins.
- Le rétablissement d'un poste décisionnel de Directeur des Services Professionnels (DSP) local pour chaque centre hospitalier.
- Le rétablissement d'un Conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens (CMDP) local pour chaque centre hospitalier.
- Le rétablissement d'une Table des chefs locale réunissant tous les chefs de département d'un centre hospitalier.

Considérant que la gestion de la crise sanitaire nécessite une flexibilité et une réactivité qui manque à notre système de santé centralisé.

En conséquence, il est proposé par Madame Véronique Lamarre et résolu :

- D'appuyer les 4 recommandations émises par le Regroupement québécois des médecins pour la décentralisation des soins de santé;
- De demander au gouvernement d'étudier sérieusement les recommandations du Regroupement et d'y faire suite.

Adoptée à l'unanimité des conseillers (ères).

Fait et donné à Baie-des-Sables ce 5 mars 2021

Copie certifiée conforme, sujette à ratification

Adam Coulombe
Directeur général et secrétaire-trésorier

Baie-Comeau

Ville de  Baie-Comeau

CONSEIL MUNICIPAL
EXTRAIT DE PROCÈS-VERBAL

EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL DE LA SÉANCE ORDINAIRE DU CONSEIL MUNICIPAL DE BAIE-COMEAU TENUE LE LUNDI 16 FÉVRIER 2021, À 20 h, PAR VIDÉOCONFÉRENCE.

SONT PRÉSENTS :

M.	Yves Montigny	Maire
M.	Sylvain Girard	Conseiller
M.	Réjean Girard	Conseiller
M.	Alain Charest	Conseiller
M.	Marjo Quinn	Conseiller
M.	Alain Chouinard	Conseiller
M.	Onil Lévesque	Conseiller
Mme	Viviane Richard	Conseillère
Mme	Martine Salomon	Conseillère

SONT AUSSI PRÉSENTS :

M.	François Cormiveau	Directeur général
Mme	Annick Tremblay	Greffière

RÉSOLUTION 2021-31 DEMANDE D'APPUI AUX MUNICIPALITÉS POUR LA DÉCENTRALISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ EN RÉGION

Considérant que la centralisation de nos soins de santé a rendu notre système rigide et lent;

Considérant que les effets de la centralisation se font sentir sur l'accessibilité aux soins de santé de proximité et locaux;

Considérant que nous sommes témoins des conséquences de la centralisation dans notre ville;

Considérant que 750 médecins de toutes les régions du Québec se sont mobilisés pour demander la décentralisation de notre système de santé;

Considérant que toutes ces démarches visent à établir les bases d'une gouvernance locale solide et efficiente qui va donner accès en région à l'ensemble des soins médicaux de base sans aucune discrimination;

Considérant que ces 750 médecins ont émis 4 recommandations peu coûteuses, simples et rapides à mettre en place qui ont été transmises au ministre de la Santé et des Services sociaux cet été, soit :

- Le rétablissement d'un poste d'administrateur décisionnel local pour chaque centre hospitalier de soins;
- Le rétablissement d'un poste décisionnel de Directeur des services professionnels (DSP) local pour chaque centre hospitalier;
- Le rétablissement d'un Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) local pour chaque centre hospitalier;

/2

- Le rétablissement d'une Table des chefs locale réunissant tous les chefs de département d'un centre hospitalier;

Considérant que la gestion de la crise sanitaire nécessite une flexibilité et une réactivité qui manque à notre système de santé centralisé;

Il est proposé par : le conseiller Mario Guim

Appuyé par : le conseiller Sylvain Girard

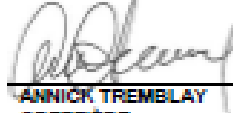
De donner suite au rapport du directeur général portant le numéro DG2021-03 et d'appuyer les 4 recommandations émises par le Regroupement québécois des médecins pour la décentralisation des soins de santé et de demander au gouvernement d'étudier sérieusement les recommandations du regroupement et d'y faire suite.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

Bale-Corneau, le 16 février 2021



YVES MONTIGNY
MAIRE



ANNICK TREMBLAY
GREFFIÈRE

Dolbeau-Mistassini



Résolution 21-02-46

RAPPORT DE SERVICE - GREFFE - DEMANDE D'APPUI AUX MUNICIPALITÉS POUR LA DÉCENTRALISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ EN RÉGION

CONSIDÉRANT QUE la centralisation de nos soins de santé a rendu notre système rigide et lent;

CONSIDÉRANT QUE les effets de la centralisation se font sentir sur l'accessibilité aux soins de santé de proximité et locaux;

CONSIDÉRANT QUE nous sommes témoins des conséquences de la centralisation dans notre ville;

CONSIDÉRANT QUE 750 médecins de toutes les régions du Québec se sont mobilisés pour demander la décentralisation de notre système de santé;

CONSIDÉRANT QUE toutes ces démarches visent à établir les bases d'une gouvernance locale solide et efficiente qui va donner accès en région à l'ensemble des soins médicaux de base sans aucune discrimination;

CONSIDÉRANT QUE ces 750 médecins ont émis 4 recommandations peu coûteuses, simples et rapides à mettre en place qui ont été transmises au ministre de la Santé et des Services sociaux cet été, soit :

- Le rétablissement d'un poste d'administrateur décisionnel local pour chaque centre hospitalier de soins.
- Le rétablissement d'un poste décisionnel de Directeur des Services Professionnels (DSP) local pour chaque centre hospitalier.
- Le rétablissement d'un Conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens (CMDP) local pour chaque centre hospitalier.
- Le rétablissement d'une Table des chefs locale réunissant tous les chefs de département d'un centre hospitalier.

CONSIDÉRANT QUE la gestion de la crise sanitaire nécessite une flexibilité et une réactivité qui manque à notre système de santé centralisé;

EN CONSÉQUENCE :

IL EST PROPOSÉ par monsieur le conseiller RÉMI ROUSSEAU

APPUYÉ ET RÉSOLU UNANIMEMENT PAR LES CONSEILLERS :

QUE le conseil municipal de la Ville de Dolbeau-Mistassini appuie les 4 recommandations émises par le Regroupement québécois des médecins pour la décentralisation des soins de santé;

QUE le conseil municipal demande au gouvernement d'étudier sérieusement les recommandations du Regroupement et d'y faire suite.

ADOPTÉE À LA SÉANCE DU 15 FÉVRIER 2021

VRAIE COPIE CERTIFIÉE, CE 16 FÉVRIER 2021



MAÎTRE ANDRÉ CÔTÉ, GREFFIER



Joliette



Extrait du procès-verbal d'une séance ordinaire du conseil de la Ville de Joliette, tenue par vidéoconférence à 16 h 30, le 15 février 2021, où étaient présents le conseiller Luc Beauséjour, les conseillères Claudia Bertinotti et Danielle Landreville, les conseillers Richard Leduc, Yves Liard, Patrick Lasalle, Patrick Bonin et Alexandre Martel formant quorum sous la présidence de M. Alain Beaudry, maire.

21-080 – DÉCENTRALISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ – DEMANDE D'APPUI

CONSIDÉRANT QUE la centralisation de nos soins de santé a rendu notre système rigide et lent;

CONSIDÉRANT QUE les effets de la centralisation se font sentir sur l'accessibilité aux soins de santé de proximité et locaux;

CONSIDÉRANT QUE nous sommes témoins des conséquences de la centralisation dans notre ville;

CONSIDÉRANT QUE 750 médecins de toutes les régions du Québec se sont mobilisés pour demander la décentralisation de notre système de santé;

CONSIDÉRANT QUE toutes ces démarches visent à établir les bases d'une gouvernance locale solide et efficiente qui va donner accès en région à l'ensemble des soins médicaux de base sans aucune discrimination;

CONSIDÉRANT QUE ces 750 médecins ont émis quatre recommandations peu coûteuses, simples et rapides à mettre en place qui ont été transmises au Ministre de la Santé et des Services sociaux cet été, soit :

- Le rétablissement d'un poste d'administrateur décisionnel local pour chaque centre hospitalier de soins;
- Le rétablissement d'un poste décisionnel de Directeur des Services Professionnels (DSP) local pour chaque centre hospitalier;
- Le rétablissement d'un Conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens (CMDP) local pour chaque centre hospitalier;
- Le rétablissement d'une Table des chefs locale réunissant tous les chefs de département d'un centre hospitalier.



CONSIDÉRANT QUE la gestion de la crise sanitaire nécessite une flexibilité et une réactivité qui manque à notre système de santé centralisé;

EN CONSÉQUENCE, il est proposé par la conseillère Danielle Landreville, appuyé par le conseiller Alexandre Martel et résolu :

D'APPUYER les quatre recommandations émises par le Regroupement québécois des médecins pour la décentralisation des soins de santé.

DE DEMANDER au gouvernement d'étudier sérieusement les recommandations du Regroupement et d'y faire suite.

Adoptée à l'unanimité des membres du conseil

Copie certifiée conforme

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Mylène Mayer".

MYLÈNE MAYER
Greffière
17-02-2021

La Matanie



Municipalité régionale de comté de La Matanie

Matane, le 9 mars 2021

Monsieur François Legault
Premier ministre du Québec
Édifice Honoré-Mercier, 3^e étage
835, boulevard René-Lévesque Est
Québec (Québec) G1A 1B4

Objet : *Appui au Regroupement québécois des médecins pour la décentralisation du système de santé en région*

Monsieur le Premier ministre,

Par la présente, nous vous transmettons la résolution numéro 110-02-21 adoptée par le Conseil de la MRC de La Matanie concernant le sujet mentionné à l'objet.

Veuillez croire, Monsieur le Premier ministre, à notre haute considération.

La directrice générale
et secrétaire-trésorière,

Line Ross, M.B.A.

LR/jr

PJ

- c.c. - M. Christian Dubé, ministre de la Santé et des Services sociaux
- M. Pascal Bérubé, député provincial de Matane-Matapédia
- M. Jacques Demers, président de la FQM
- Regroupement québécois des médecins pour la décentralisation du système de santé en région

« Un vent de nature / »

158, rue Soucy, 2^e étage, Matane (Québec) G4W 2E3
Téléphone : 418 562-6734 Télécopie : 418 562-7265
Courriel : mrcdelamatanie@lamatanie.ca
Adresse Web : www.lamatanie.ca



Municipalité régionale de comté de La Matanie

EXTRAIT du procès-verbal de la séance ordinaire du Conseil de la Municipalité régionale de comté de La Matanie tenue, par visioconférence avec enregistrement audio, le 17 février 2021 à 19 h 00

Présences :

- M^{mes}** Victoire Marin, maire – Grosses-Roches
Francine Ouellet Leclerc, maire – Saint-Jean-de-Cherbourg
- MM.** Steve Castonguay, maire – Saint-Léandre
Pierre Dugré, maire – Sainte-Paule
Rémi Fortin, maire – Saint-René-de-Matane
Pierre Lagacé, maire – Saint-Ulric
Jérôme Landry, maire – Matane
Jean-Roland Lebrun, maire – Saint-Adelme
Dominique Roy, maire – Les Méchins
Denis Santerre, maire – Baie-des-Sables
Andrew Turcotte, maire – Sainte-Félicité et préfet

Absence :

- M.** Éric Normand, maire suppléant – Sainte-Félicité

Les membres présents, par visioconférence, forment le quorum. La séance est tenue sous la présidence de monsieur Andrew Turcotte, préfet et maire de Sainte-Félicité. La directrice générale et secrétaire-trésorière, madame Liline Ross, et le directeur général adjoint, monsieur Olivier Banville, sont aussi présents par visioconférence. La séance est tenue avec enregistrement audio pour fin de publication.

RÉSOLUTION 110-02-21

APPUI AU REGROUPEMENT QUÉBÉCOIS DES MÉDECINS POUR LA DÉCENTRALISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ EN RÉGION

CONSIDÉRANT QUE les membres du Conseil ont pris connaissance de la demande d'appui du *Regroupement québécois des médecins pour la décentralisation des soins de santé*;

CONSIDÉRANT QUE la centralisation des soins de santé a rendu notre système rigide et lent;

CONSIDÉRANT QUE les effets de la centralisation se font sentir sur l'accessibilité aux soins de santé de proximité et locaux;

CONSIDÉRANT QUE nous sommes témoins des conséquences de la centralisation dans notre MRC;

CONSIDÉRANT QUE 750 médecins de toutes les régions du Québec se sont mobilisés pour demander la décentralisation de notre système de santé;

...2

«Un vent de nature !»

CONSIDÉRANT QUE toutes ces démarches visent à établir les bases d'une gouvernance locale solide et efficiente qui va redonner accès en région à l'ensemble des soins médicaux de base sans aucune discrimination;

CONSIDÉRANT QUE ces 750 médecins ont émis 4 recommandations peu coûteuses, simples et rapides à mettre en place qui ont été transmises au ministre de la Santé et des Services sociaux cet été, soit :

- Le rétablissement d'un poste d'administrateur décisionnel local pour chaque centre hospitalier de soins;
- Le rétablissement d'un poste décisionnel de Directeur des Services Professionnels (DSP) local pour chaque centre hospitalier;
- Le rétablissement d'un Conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens (CMDP) local pour chaque centre hospitalier;
- Le rétablissement d'une Table des chefs locale réunissant tous les chefs de département d'un centre hospitalier;

CONSIDÉRANT QUE la gestion de la crise sanitaire nécessite une flexibilité et une réactivité qui manquent à notre système de santé centralisé;

EN CONSÉQUENCE, il est proposé par madame Victoire Marin et résolu à l'unanimité :

QUE le préambule fasse partie intégrante de la présente résolution;

QUE le Conseil de la MRC de La Matanie appuie le *Regroupement québécois des médecins pour la décentralisation des soins de santé* dans ses démarches et souscrit aux 4 recommandations émises;

QUE le Conseil de la MRC de La Matanie demande au Premier ministre du Québec, monsieur François Legault, d'étudier sérieusement les recommandations du Regroupement et d'y donner suite;

QU'une copie de la présente résolution soit transmise au ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Christian Dubé, au député de Matane-Matapédia, monsieur Pascal Bérubé, au président de la Fédération québécoise des municipalités, monsieur Jacques Demers, et au *Regroupement québécois des médecins pour la décentralisation des soins de santé*.

ADOPTÉE

COPIE CERTIFIÉE CONFORME
SUJETTE À RATIFICATION
à Matane, ce 9^e jour de mars 2021.



La directrice générale et secrétaire-trésorière,
Lina Ross, M.B.A.

La Tuque



Agglomération de La Tuque

Bureau du greffier

PROVINCE DE QUÉBEC
COMTÉ DE LAVIOLETTE
AGGLOMÉRATION DE LA TUQUE

EXTRAIT du procès-verbal de l'assemblée ordinaire du conseil d'agglomération tenue le 16 février 2021 et présidée par le maire, monsieur Pierre-David Tremblay.

APPUI AU REGROUPEMENT QUÉBÉCOIS DES MÉDECINS POUR LA DÉCENTRALISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ / RECOMMANDATIONS POUR LA DÉCENTRALISATION DES SOINS DE SANTÉ

ATTENDU la demande d'appui du Regroupement québécois des médecins en vue d'appuyer la décentralisation du système de santé en date du 28 janvier 2020;

ATTENDU que la centralisation de nos soins de santé a rendu notre système rigide et lent;

ATTENDU que les effets de centralisation se font sentir sur l'accessibilité aux soins de santé de proximité et locaux;

ATTENDU que nous sommes témoins des conséquences de la centralisation dans notre ville;

ATTENDU que 750 médecins de toutes les régions du Québec se sont mobilisés pour demander la décentralisation de notre système de santé;

ATTENDU que toutes ces démarches visent à établir les bases d'une gouvernance locale solide et efficiente qui va donner accès en région à l'ensemble des soins médicaux base sans aucune discrimination;

ATTENDU que ces 750 médecins ont émis 4 recommandations peu coûteuses, simples et rapides à mettre en place qui ont été transmises au Ministère de la Santé et des Services sociaux cet été, soit :

- ✓ Le rétablissement d'un poste d'administrateur décisionnel local pour chaque centre hospitalier des soins;
- ✓ Le rétablissement d'un poste décisionnel de Directeur des Services Professionnels (DSP) local pour chaque centre hospitalier;
- ✓ Le rétablissement d'un Conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens (CMDP) local pour chaque centre hospitalier;
- ✓ Le rétablissement d'une Table des chefs locale réunissant tous les chefs de département d'un centre hospitalier.

... 2

APPUI AU REGROUPEMENT QUÉBÉCOIS DES MÉDECINS POUR LA DÉCENTRALISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ / RECOMMANDATIONS POUR LA DÉCENTRALISATION DES SOINS DE SANTÉ (SUITE) 2

ATTENDU que la gestion de la crise sanitaire nécessite une flexibilité et une réactivité qui manque à notre système de santé centralisé;

EN CONSÉQUENCE, IL EST :

AGG-2021-02-013 **PROPOSÉ PAR LE MEMBRE LARRY BERNIER
APPUYÉ UNANIMEMENT**

ET RÉSOLU :

QUE ce conseil d'agglomération appui les 4 recommandations émises par le Regroupement québécois des médecins pour la décentralisation des soins de santé.


QUE ce conseil d'agglomération demande au gouvernement d'étudier sérieusement les recommandations du Regroupement et d'y donner suite.

ADOPTÉE UNANIMEMENT

Signé : Pierre-David Tremblay, maire
Président

Jean-Sébastien Poirier
Greffier

VRAIE COPIE CONFORME


Jean-Sébastien Poirier
Greffier

Les Méchins

**Municipalité de Les Méchins**

239, route Bellevue-Ouest
Les Méchins (Québec)
G0J 1T0
Téléphone : 1-418-729-3952

EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL de la dernière séance ordinaire du conseil municipal de la Municipalité des Méchins tenue en mode visioconférence, le lundi 1^{er} mars 2021 à 19 h 00, à laquelle ont participé :

Monsieur Dominique Roy, maire
Madame Normande Tremblay, conseillère au siège # 1
Monsieur Robin Savard, conseiller au siège # 2
Madame Linda Bernier, conseillère au siège # 3
Madame Francine LeBel, conseillère au siège # 4
Monsieur Bruno Lefrançois, conseiller au siège # 5
Monsieur Jean Fontaine, conseiller au siège # 6

Madame Francine Labelle, directrice générale et secrétaire-trésorière par intérim était aussi présente.

Formant quorum sous la présidence de M. Dominique Roy, maire, la séance débute.

2021-050 Résolution d'appui pour une décentralisation des soins de santé

CONSIDÉRANT que la centralisation de nos soins de santé a rendu notre système rigide et lent;

CONSIDÉRANT que les effets de la centralisation se font sentir sur l'accessibilité aux soins de santé de proximité et locaux;

CONSIDÉRANT que nous sommes témoins des conséquences de la centralisation dans notre ville;

CONSIDÉRANT que 750 médecins de toutes les régions du Québec se sont mobilisés pour demander la décentralisation de notre système de santé;

CONSIDÉRANT que toutes ces démarches visent à établir les bases d'une gouvernance locale solide et efficace qui va donner accès en région à l'ensemble des soins médicaux de base sans aucune discrimination;

CONSIDÉRANT que ces 750 médecins ont émis 4 recommandations peu coûteuses, simples et rapides à mettre en place qui ont été transmises au Ministre de la Santé et des services sociaux cet été, soit :

- Le rétablissement d'un poste d'administrateur décisionnel local pour chaque centre hospitalier de soins;
- Le rétablissement d'un poste décisionnel de Directeur des Services Professionnels (DSP) local pour chaque centre hospitalier;
- Le rétablissement d'un Conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens (CMDP) local pour chaque centre hospitalier;
- Le rétablissement d'une Table des chefs locale réunissant tous les chefs de département d'un centre hospitalier.

CONSIDÉRANT que la gestion de la crise sanitaire nécessite une flexibilité et une réactivité qui manque à notre système de santé centralisé.

EN CONSÉQUENCE, il est proposé par la conseillère Linda Bernier et résolu à l'unanimité des conseillers participants de :

- Appuyer les 4 recommandations émises par le Regroupement québécois des médecins pour la décentralisation des soins de santé;
- Demander au gouvernement d'étudier sérieusement les recommandations du Regroupement et d'y donner suite;
- Faire parvenir cette résolution au Regroupement des médecins pour la décentralisation des soins de santé.

**COPIE CERTIFIÉE CONFORME
DONNÉE À LES MÉCHINS CE 1^{ER} MARS 2021**



Francine Labelle, directrice générale intérim

Magog

**EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX DU CONSEIL MUNICIPAL**

À une séance ordinaire du conseil municipal de la Ville de Magog tenue à l'hôtel de ville et par visioconférence le lundi 1^{er} mars 2021, lors de laquelle il y avait quorum.

La résolution suivante a été adoptée :

061-2021 Appui aux municipalités pour la décentralisation du système de santé en région

ATTENDU QUE la centralisation de nos soins de santé a rendu notre système rigide et lent;

ATTENDU QUE les effets de la centralisation se font sentir sur l'accessibilité aux soins de santé de proximité et locaux;

ATTENDU QUE nous sommes témoins des conséquences de la centralisation dans notre ville;

ATTENDU QUE la Ville de Magog siège sur le Comité de Vigie Memphrémagog, instance visant à s'assurer que la population de sa région ait accès à des soins et services de santé qui soient le reflet de ses besoins;

ATTENDU QUE 750 médecins de toutes les régions du Québec se sont mobilisés pour demander la décentralisation de notre système de santé;

ATTENDU QUE toutes ces démarches visent à établir les bases d'une gouvernance locale solide et efficiente qui va donner accès en région à l'ensemble des soins médicaux de base sans aucune discrimination;

ATTENDU QUE ces 750 médecins ont émis 4 recommandations peu coûteuses, simples et rapides à mettre en place qui ont été transmises au Ministre de la Santé et des services sociaux cet été, soit :

- le rétablissement d'un poste d'administrateur décisionnel local pour chaque centre hospitalier de soins;
- le rétablissement d'un poste décisionnel de Directeur des Services Professionnels (DSP) local pour chaque centre hospitalier;

...2

Hôtel de ville
7, rue Principale Est
Magog (Québec) J1X 1Y4
Tél. : 819 843-3333

ville.magog.qc.ca
info@ville.magog.qc.ca

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX DU CONSEIL MUNICIPAL**2**

- le rétablissement d'un Conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens (CMDP) local pour chaque centre hospitalier;
- le rétablissement d'une Table des chefs locale réunissant tous les chefs de département d'un centre hospitalier.

ATTENDU QUE la gestion de la crise sanitaire nécessite une flexibilité et une réactivité qui manque à notre système de santé centralisé;

IL EST proposé par le conseiller Yvon Lamontagne

Que la Ville de Magog :

- appuie les 4 recommandations émises par le Regroupement québécois des médecins pour la décentralisation des soins de santé;
- demande au gouvernement d'étudier sérieusement les recommandations du Regroupement et d'y faire suite;

Que la présente résolution soit transmise au Regroupement québécois des médecins pour la décentralisation des soins de santé.

ADOPTÉ À L'UNANIMITÉ

Je soussignée, M^e Sylviane Lavigne, greffière de la Ville de Magog, certifie par les présentes que l'extrait ci-dessus est vrai.

À Magog, le 5 mars 2021.



Greffière - Ville de Magog

MRC Pontiac



602 Route 301 Nord, Campbell's Bay (Québec) J0X 1K0
T. 819-848-5689 F. 819-848-5810 E. mrc@mrcpontiac.qc.ca

EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL de la séance ordinaire du Conseil régional des maires de la MRC de Pontiac, tenue le mercredi 16 décembre 2020 à compter de 18h41 sous la présidence de madame Jane Toller, préfète.

DÉCENTRALISATION DES SOINS DE SANTÉ DANS LE PONTIAC | HEALTH CARE DECENTRALIZATION IN THE PONTIAC
C.M. 2020-12-07

Considérant que la centralisation a eu des répercussions importantes sur le réseau des soins de santé du Pontiac;

Considérant les préoccupations exprimées par la population du Pontiac relativement à l'état actuel des soins de santé dans la région;

Considérant l'importance des soins de santé de proximité pour le bien-être de la population;

Considérant l'adoption de la résolution C.M. 2020-09-09 qui demandait la mise en œuvre dans l'immédiat d'un projet pilote dans le Pontiac relativement à l'augmentation du salaire des infirmières et des infirmiers au niveau de celui de l'Ontario;

Il est proposé par Mme Murray et résolu de demander au Ministère de la santé et des services sociaux:

1. **Le rétablissement d'un poste d'administrateur local** (Président Directeur Général) pour le Réseau local de service (RLS) Pontiac. Cette personne :
 - a. assurera une interaction directe entre la communauté et le réseau de la santé;
 - b. sera responsable du budget opérationnel et des services financiers qui seront rapatriés au RLS;
 - c. sera responsable des aspects logistiques du RLS;
 - d. sera responsable du recrutement et de la rétention du plein contingent de personnel non-médical du RLS.
2. **Le rétablissement d'un poste de Directeur des Services Professionnels (DSP) local** pour le Pontiac. Cette personne pourra :
 - a. assurer l'organisation des services pour répondre aux besoins de la population;
 - b. s'occuper du recrutement et de la rétention du personnel médical. Ceci inclut :
 - i. le rétablissement d'un service obstétrical ouvert 24/7;

- ii. la stabilisation des équipes hospitalières;
 - iii. une prise en charge et suivi d'au moins 85% de la population, y compris une couverture 24/7 à domicile;
 - iv. la création de structures et de règlements favorisant une pratique diversifiée et en continuité sur le territoire du Pontiac en réduisant le plus possible la mobilité du personnel en dehors de la région.
3. **Le rétablissement d'un Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) local pour le Pontiac.** Les professionnels pourront :
 - a. se rassembler en toute légitimité;
 - b. veiller à la qualité de l'acte;
 - c. contribuer à l'organisation et à l'harmonisation des soins.
 4. **Le rétablissement d'une Table des chefs locale** réunissant tous les chefs de département locaux. Ces médecins pourront :
 - a. élaborer des plans pour assurer la qualité des soins offerts;
 - b. contribuer à l'organisation et à l'harmonisation des soins.
 5. **Le rétablissement d'un Conseil d'Administration (CA) local réduit.** Celui-ci répondra au CA du CISSSO.
 6. **Le rapatriement des Fondations du Pontiac.** Celles-ci seront gérées sur une base locale.
 7. **D'attribuer du pouvoir opérationnel** aux instances ci-haut.
 8. **La mise en place d'un projet pilote** dans le Pontiac sur une période de 5 ans visant à établir une structure salariale rehaussée au niveau de celui de l'Ontario pour les infirmières et infirmiers et autres professionnels de la santé

Il est également résolu de demander à la Conférence des préfets de l'Outaouais (CPO) d'appuyer la MRC de Pontiac dans ses démarches.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

Certifié copie conforme à l'original
Donné à Litchfield (Québec)
Ce 21^e jour du mois de décembre 2020



Travis Ladouceur
Greffier

Saint-Adelme



Municipalité de Saint-Adelme

138, rue Principale
Saint-Adelme (Québec)
G0J 2B0

COPIE D'UN EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL
SÉANCE ORDINAIRE DU 1^{er} MARS 2021

PROVINCE DE QUÉBEC
MUNICIPALITÉ DE SAINT-ADELME
MRC DE LA MATANIE

PROCÈS-VERBAL de la séance ordinaire du Conseil de la Municipalité de Saint-Adelme tenue, par visioconférence avec enregistrement audio, le lundi 1^{er} mars 2021 à 19h33.

Présence:

M. le maire	Jean-Roland Lebrun
MM. les conseillers	Clément Gauthier Jeanet Marquis Julien Ouellet

Mme les conseillères	Cynthia D'Astous Johanne Thibault Josée Marquis
----------------------	---

Les membres sont tous présents par visioconférence. La séance est tenue sous la présidence de monsieur Jean-Roland Lebrun, maire de Saint-Adelme. La directrice générale et secrétaire-trésorière, madame Anick Hudon, est aussi présente par visioconférence à partir du bureau municipal. La séance est tenue avec enregistrement audio pour fin de publication.

RÉSOLUTION #2021-33
DEMANDE D'APPUI POUR LA DÉCENTRALISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

CONSIDÉRANT que la centralisation de nos soins de santé a rendu notre système rigide et lent.

CONSIDÉRANT que les effets de la centralisation se font sentir sur l'accessibilité aux soins de santé de proximité et locaux.

CONSIDÉRANT que nous sommes témoins des conséquences de la centralisation dans notre ville.

CONSIDÉRANT que 750 médecins de toutes les régions du Québec se sont mobilisés pour demander la décentralisation de notre système de santé.

CONSIDÉRANT que toutes ces démarches visent à établir les bases d'une gouvernance locale solide et efficiente qui va donner accès en région à l'ensemble des soins médicaux de base sans aucune discrimination.

CONSIDÉRANT que ces 750 médecins ont émis 4 recommandations peu coûteuses, simples et rapides à mettre en place qui ont été transmises au Ministre de la Santé et des services sociaux cet été, soit :

- Le rétablissement d'un poste d'administrateur décisionnel local pour chaque centre hospitalier de soins.
- Le rétablissement d'un poste décisionnel de Directeur des Services Professionnels (DSP) local pour chaque centre hospitalier.
- Le rétablissement d'un Conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens (CMDP) local pour chaque centre hospitalier.
- Le rétablissement d'une Table des chefs locale réunissant tous les chefs de département d'un centre hospitalier.



Municipalité de Saint-Adelme

138, rue Principale
Saint-Adelme (Québec)
G0J 2B0

CONSIDÉRANT que la gestion de la crise sanitaire nécessite une flexibilité et une réactivité qui manquent à notre système de santé centralisé.

EST PROPOSÉ PAR CLÉMENT GAUTHIER

D'appuyer les 4 recommandations émises par le Regroupement québécois des médecins pour la décentralisation des soins de santé.

De demander au gouvernement d'étudier sérieusement les recommandations du Regroupement et d'y faire suite.

ADOPTÉ À L'UNANIMITÉ DES CONSEILLERS PRÉSENTS

Copie certifiée conforme
extraite du livre des délibérations
ce 2 mars 2021

Annick Héjblum, directrice générale
et secrétaire-trésorière

Saint-Jean-de-Cherbourg

**PROVINCE DE QUÉBEC
MUNICIPALITÉ DE SAINT-JEAN-DE-CHERBOURG
MRC DE LA MATANIE**

EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL de la séance ordinaire du Conseil de la municipalité de Saint-Jean-de-Cherbourg tenue le lundi 1^{er} mars 2021 à 19 h par voie de téléconférence à laquelle étaient présents mesdames les conseillères Carole St-Pierre, Francine Michaud et messieurs les conseillers Maurice Gagnon, Jocelyn Bergeron et Donald Harrison tous formant quorum sous la présidence de la mairesse, madame Francine Ouellet Leclerc.

Assiste également à la séance, par voie de téléconférence, madame Jacinthe Imbeault, directrice générale et secrétaire-trésorière.

**2021-03-035 APPUI AU REGROUPEMENT QUÉBÉCOIS DES MÉDECINS POUR
LA DÉCENTRALISATION DES SOINS DE SANTÉ**

CONSIDÉRANT que la centralisation de nos soins de santé a rendu notre système rigide et lent ;

CONSIDÉRANT que les effets de la centralisation se font sentir sur l'accessibilité aux soins de santé de proximité et locaux ;

CONSIDÉRANT que nous sommes témoins des conséquences de la centralisation dans notre ville.

CONSIDÉRANT que 750 médecins de toutes les régions du Québec se sont mobilisés pour demander la décentralisation de notre système de santé ;

CONSIDÉRANT que toutes ces démarches visent à établir les bases d'une gouvernance locale solide et efficiente qui va donner accès en région à l'ensemble des soins médicaux de base sans aucune discrimination ;

CONSIDÉRANT que ces 750 médecins ont émis 4 recommandations peu coûteuses, simples et rapides à mettre en place qui ont été transmises au Ministre de la Santé et des services sociaux cet été, soit :

- Le rétablissement d'un poste d'administrateur décisionnel local pour chaque centre hospitalier de soins ;
- Le rétablissement d'un poste décisionnel de Directeur des Services Professionnels (DSP) local pour chaque centre hospitalier ;
- Le rétablissement d'un Conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens (CMDP) local pour chaque centre hospitalier ;
- Le rétablissement d'une Table des chefs locale réunissant tous les chefs de département d'un centre hospitalier ;

CONSIDÉRANT que la gestion de la crise sanitaire nécessite une flexibilité et une réactivité qui manque à notre système de santé centralisé ;

IL EST PROPOSÉ PAR : monsieur JOCELYN BERGERON

et résolu à l'unanimité des conseillers (ères) :


D'appuyer les 4 recommandations émises par le Regroupement québécois des médecins pour la décentralisation des soins de santé ;

DE demander au Gouvernement d'étudier sérieusement les recommandations du Regroupement et d'y faire suite.

ADOPTÉE

COPIE CERTIFIÉE CONFORME

à Saint-Jean-de-Cherbourg,
ce 9^e jour de mars 2021.


Jacinthe Imbeault
Directrice générale et secrétaire-trésorière

Sept-Îles



VILLE DE
SEPT-ÎLES

Séance ordinaire du conseil municipal de la Ville de Sept-Îles tenue le lundi, 8 février 2021 à 19 h, à la salle du conseil, sans la présence du public.

PRÉSENTS :

M. Réjean Porlier - Maire
 M. Gervais Gagné - Conseiller De Sainte-Marguerite
 Mme Guylaine Lejeune - Conseillère De Ferland
 M. Jean Masse - Conseiller De l'Anse
 Mme Élisabeth Chevalier - Conseillère De Mgr-Blanche
 Mme Charlotte Audet - Conseillère De Jacques-Cartier
 M. Michel Bellavance - Conseiller De Sainte-Famille
 M. Dominic Eisiger-Ouellet - Conseiller De Moisie - Les plages

ABSENT(S) :

M. Denis Miousse - Conseiller De Marie-Immaculée
 Mme Marie-Claude Quessy-Légaré - Conseillère Du Vieux-Quai

AUSSI PRÉSENTS :

M. Patrick Gwilliam - Directeur général
 Me Valérie Haince - Greffière

RÉSOLUTION N° 2102-079
DÉCENTRALISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ EN RÉGION : APPUI

CONSIDÉRANT QUE la centralisation de nos soins de santé a rendu notre système rigide et lent;

CONSIDÉRANT QUE les effets de la centralisation se font sentir sur l'accessibilité aux soins de santé de proximité et locaux;

CONSIDÉRANT QUE nous sommes témoins des conséquences de la centralisation dans notre ville;

CONSIDÉRANT QUE 750 médecins de toutes les régions du Québec se sont mobilisés pour demander la décentralisation de notre système de santé;

CONSIDÉRANT QUE toutes ces démarches visent à établir les bases d'une gouvernance locale solide et efficiente qui va donner accès en région à l'ensemble des soins médicaux de base sans aucune discrimination;

CONSIDÉRANT QUE ces 750 médecins ont émis quatre (4) recommandations peu coûteuses, simples et rapides à mettre en place qui ont été transmises au Ministre de la Santé et des services sociaux cet été, soit :

1. Le rétablissement d'un poste d'administrateur décisionnel local pour chaque centre hospitalier de soins;

RÉSOLUTION N° 2102-079

-2-

Séance du 8 février 2021

2. Le rétablissement d'un poste décisionnel de Directeur des Services Professionnels (DSP) local pour chaque centre hospitalier;
3. Le rétablissement d'un Conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens (CMDP) local pour chaque centre hospitalier;
4. Le rétablissement d'une Table des chefs locale réunissant tous les chefs de département d'un centre hospitalier;

CONSIDÉRANT que la gestion de la crise sanitaire nécessite une flexibilité et une réactivité qui manque à notre système de santé centralisé;

IL EST PROPOSÉ PAR la conseillère Mme Charlotte Audet
APPUYÉ PAR le conseiller M. Dominic Elsliger-Ouellet
ET UNANIMEMENT RÉSOLU

QUE le conseil municipal de la Ville de Sept-Îles appuie les quatre (4) recommandations émises par le Regroupement québécois des médecins pour la décentralisation des soins de santé.

QUE le conseil municipal demande au gouvernement d'étudier sérieusement les recommandations du Regroupement et d'y faire suite.

Sept-Îles, le 9 février 2021


M. Réjean Porlier, Maire
Me Valérie Haince, Greffière

VRAIE COPIE CONFORME


Greffière

Sorel-Tracy



VILLE DE
SOREL-TRACY

EXTRAIT DE PROCÈS-VERBAL

Séance ordinaire du conseil municipal de la Ville de Sorel-Tracy, tenue le 1 février 2021 et présidée par le maire, M. Serge Pélouin, à laquelle assistaient les membres du conseil municipal suivants : Olivier Picard, Sylvie Labelle, Martin Lajeunesse, Jocelyn Mondou, Stéphane Béland, Benoît Guévremont, Patrick Pélouin, Dominique Ouellet.

Résolution n° 2021-02-037 Appui au Regroupement québécois des médecins pour la décentralisation du système de santé (RQMDSS) afin de demander au gouvernement du Québec de procéder à la décentralisation des soins de santé en région

CONSIDÉRANT que la centralisation des soins de santé a rendu le système rigide et lent,

CONSIDÉRANT que les effets de la centralisation se font sentir sur l'accessibilité aux soins de santé de proximité et locaux,

CONSIDÉRANT que les médecins sont directement témoins des conséquences de cette centralisation dans l'ensemble des communautés,

CONSIDÉRANT que 750 médecins de toutes les régions du Québec se sont mobilisés pour demander la décentralisation de notre système de santé,

CONSIDÉRANT que toutes ces démarches visent à établir les bases d'une gouvernance locale solide et efficiente qui va donner accès, en région, à l'ensemble des soins médicaux de base sans aucune discrimination,

CONSIDÉRANT que ces 750 médecins ont transmis au ministre de la Santé et des services sociaux 4 recommandations peu coûteuses, simples et rapides à mettre en place, soit :

- Le rétablissement d'un poste d'administrateur décisionnel local pour chaque centre hospitalier de soins;
- Le rétablissement d'un poste décisionnel de directeur des services professionnels (DSP) local pour chaque centre hospitalier ;
- Le rétablissement d'un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) local pour chaque centre hospitalier;
- Le rétablissement d'une Table des chefs locale réunissant tous les chefs de département d'un centre hospitalier.

CONSIDÉRANT que la gestion de la crise sanitaire actuelle nécessite une flexibilité et une réactivité qui manque à notre système de santé centralisé,

IL EST PROPOSÉ par M. Patrick Pélouin, appuyé par M. Martin Lajeunesse :

QUE la Ville de Sorel Tracy appuie le Regroupement québécois des médecins pour la décentralisation du système de santé (RQMDSS) afin de demander au gouvernement du Québec de procéder à la décentralisation des soins de santé en région,

QUE la Ville de Sorel Tracy appuie les 4 recommandations émises par ces derniers et transmises au ministre de la Santé et des services sociaux,

QUE la Ville de Sorel Tracy demande au gouvernement de Québec d'étudier sérieusement ces recommandations et d'y donner suite.

Adoptée à l'unanimité des conseillers présents

Je soussigné, René Chevalier, greffier de la Ville de Sorel-Tracy, certifie par les présentes que l'extrait ci-dessus est conforme à l'original sous réserve de son approbation.

René Chevalier, greffier
Ca. 2 février 2021

Saint-Georges

VILLE DE
SAINT-GEORGES

Service du secrétariat général et greffe

**PROVINCE DE QUÉBEC
SAINT-GEORGES**

Extrait du procès-verbal d'une séance ordinaire du conseil de la Ville de Saint-Georges, tenue au lieu habituel le 22 février 2021 à laquelle sont présents mesdames les conseillères Esther Fortin, Manon Bougie et Solange Thibodeau, messieurs les conseillers Serge Thomassin, Tom Redmond, Jean Perron, Jean-Pierre Fortier et Renaud Fortier.

Formant quorum du conseil sous la présidence de monsieur le maire Claude Morin.

RÉSOLUTION N° 21-12218**Appui à la demande pour la décentralisation du système de santé**

- ATTENDU : que la centralisation de nos soins de santé a rendu notre système rigide et lent;
- ATTENDU : que les effets de la centralisation se font sentir sur l'accessibilité aux soins de santé de proximité et locaux;
- ATTENDU : que nous sommes témoins des conséquences de la centralisation dans notre ville;
- ATTENDU : que 750 médecins de toutes les régions du Québec se sont mobilisés pour demander la décentralisation de notre système de santé;
- ATTENDU : que toutes ces démarches visent à établir les bases d'une gouvernance locale solide et efficiente qui va donner accès en région à l'ensemble des soins médicaux de base sans aucune discrimination;
- ATTENDU : que ces 750 médecins ont émis 4 recommandations peu coûteuses, simples et rapides à mettre en place qui ont été transmises au ministre de la Santé et des Services sociaux cet été, soit :
- Le rétablissement d'un poste d'administrateur décisionnel local pour chaque centre hospitalier de soins;
 - Le rétablissement d'un poste décisionnel de Directeur des Services professionnels (DSP) local pour chaque centre hospitalier;
 - Le rétablissement d'un Conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens (CMDP) local pour chaque centre hospitalier;
 - Le rétablissement d'une Table des chefs locales réunissant tous les chefs de département d'un centre hospitalier;

RÉSOLUTION N° 21-12218 (SUITE)

ATTENDU : que la gestion de la crise sanitaire nécessite une flexibilité et une réactivité qui manque à notre système de santé centralisé.

IL EST PROPOSÉ par madame la conseillère Solange Thibodeau
APPUYÉ par monsieur le conseiller Serge Thomassin
ET RÉSOLU unanimement

QUE ce conseil appuie les 4 recommandations émises par le Regroupement québécois des médecins pour la décentralisation des soins de santé.

QUE ce conseil demande au gouvernement d'étudier sérieusement les recommandations du Regroupement et d'y faire suite.

ADOPTÉE

CLAUDE MORIN
Maire

M^{re} ISABELLE BEAULIEU
Greffière

Extrait certifié conforme,
à la Ville de Saint-Georges,
ce 23^e jour de février 2021



M^{re} ISABELLE BEAULIEU
Greffière
/rp

Appui par résolution de la FMOQ

Résolution du CA de la FMOQ relativement aux objectifs du RQMDSS

ATTENDU que le RQMDSS est un regroupement de 650 médecins de toutes spécialités exerçant en établissement;

ATTENDU que le RQMDSS est d'avis que l'adoption du projet de loi n° 10 en 2015 a mené, de façon néfaste, à une centralisation de la gouvernance médicale au sein des établissements du réseau public;

ATTENDU que selon le RQMDSS, cette centralisation nuit au fonctionnement optimal des services médicaux dans plusieurs établissements et qu'elle a contribué à alourdir la crise sanitaire actuelle;

ATTENDU que le RQMDSS, pour palier à la centralisation, croit qu'il serait opportun, dans chaque centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, de nommer un directeur général local, de créer un CMDP autonome, de nommer un DSP local, de nommer des chefs de département locaux, de former une table adaptée de chefs de département et, en CHSLD, de nommer des directeurs cliniques; il est résolu,

Sur proposition du D' Sylvain Dion
Appuyée par le D' Josée Bouchard

D'informer le RQMDSS que la FMOQ est d'accord avec les enjeux que le regroupement soulève et qu'elle appuie les solutions qu'il propose à l'égard de la gouvernance médicale dans les établissements du réseau public québécois.

Adoptée à l'unanimité.

Janvier 2021

Appui du Comité Mes Soins Restent Ici

La Pocatière, le 25 mai 2021

**MES
SOINS
RESTENT
ICI**

Madame Ruth Vander Stelt, md
Secrétaire du Regroupement Québécois de Médecins pour la Décentralisation du Système de Santé

Objet : Appui du RQMDSS à Mes soins restent ICI.

Madame,

Notre comité est particulièrement honoré par le message d'appui de votre Regroupement à la suite de la publication de notre Mémoire. Votre geste est d'autant plus apprécié qu'il rejoint la revendication majeure qui se dégage de nos quatre années de batailles visant à récupérer les soins et services qui avaient glissé entre nos doigts dans la foulée des fusions d'établissements.

Sans y voir une solution à tous nos maux, il nous est apparu évident que l'absence d'une autorité locale imputable devant la population a laissé beau-jeu aux instances régionales qui n'avaient d'yeux à l'époque que pour les installations de leur environnement immédiat.

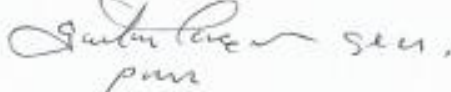
Votre lettre souligne avec justesse l'importance d'assurer des soins de proximité dans tous les milieux par souci d'équité envers toutes les couches de la population.

Nous espérons réussir de part et d'autre à rassembler suffisamment de personnes et d'organisations disposées à se concerter afin d'amener nos dirigeants à manifester leur confiance dans la capacité des milieux locaux à gérer efficacement nos établissements de santé et services sociaux.

Votre Regroupement peut compter sur la solidarité de notre comité Mes soins restent ICI envers toute démarche qu'il décidera d'entreprendre dans cette direction.

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments distingués.

Le comité Mes soins restent ICI



Jean Martin
Président

Autres documents de référence

Mémoire du Comité Mes Soins Restent Ici de Kamouraska

<https://munstdenis.com/wp-content/uploads/2021/04/Mes-soins-restent-ici.pdf>

Rapport d'observation portant sur le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais

https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/salle-de-presse/Rapport_Outouais_final.pdf

Conclusion

La crise sanitaire que nous venons collectivement de traverser était sans précédent. L'impact sur le système de santé a été de taille, et a mis en lumière ses faiblesses. Les conséquences ont été désastreuses et se feront ressentir pour plusieurs années.

Il était impossible pour le gouvernement de renverser la tendance mortelle de ce virus.

Il était impossible pour le gouvernement de combler rapidement le manque d'effectifs des professionnels de la santé.

Il était impossible pour le gouvernement de contrer les failles d'une structure déficiente.

Le gouvernement actuel n'est pas responsable de l'incapacité d'un système de santé affaibli à faire face à une pandémie historique.

Mais nous croyons que le gouvernement fait partie de la solution, et qu'il se doit de prendre les décisions qui permettront aux travailleurs de la santé de se relever et à notre système de santé de se réparer.

Le système de santé dérive comme une épave qui prend l'eau. Il faut agir.

Il est essentiel d'élaborer une solution structurante et efficiente.

Nous ne cherchons pas à pointer du doigt des coupables.

Nous n'attendons ni une réforme, ni une commission d'enquête, ni une commission parlementaire, qui mettraient des mois et des années à offrir des recommandations.

Nous attendons de ce gouvernement pragmatique, qu'il fasse des choix pragmatiques.

Il est temps de donner aux professionnels de la santé les moyens de s'organiser, en ramenant un pouvoir décisionnel dans chaque hôpital au Québec pour soutenir les éléments de gestion locale déjà en place à différents niveaux. Il sera ainsi possible d'optimiser le fonctionnement des CISSS et des CIUSSS qui ne remplissent pas leurs objectifs actuellement.

Nous faisons confiance aux professionnels de la santé sur le terrain qui répondront à l'appel et s'investiront dans leur milieu pour concrétiser efficacement les changements de gouvernance locaux à mettre en place.

Ce n'est qu'en décentralisant le système de santé et en fournissant des soins de proximité à la population que nous pourrons restaurer une qualité de soins digne de ce nom au Québec.