

## Fiche 64 : Modifier les structures

La modification des structures est également une stratégie à l'œuvre depuis 40 ans.

**Elle comporte deux aspects :**

- On croit que les fusions d'établissement pourront permettre **d'économiser de l'argent en regroupant sous un même toit plusieurs établissements** : économie d'échelle sur des services où on peut faire des commandes groupées. A cela s'ajoute une diminution espérée du nombre de cadres.
- Les restructurations sont aussi une façon de concevoir les **liens entre le Ministère et les établissements sur le terrain**. Avant 1980, le MSSS était le leader incontesté des SSSS, au nom de l'État. Mais d'autres acteurs voulaient prendre part aux choix ; aussi, il fallait faire avec certains effets jugés indésirables du développement de ce système public de SSS : bureaucratisation, affirmation prépondérante des professionnels dans le système d'aide, etc., et aussi et surtout faire face à la croissance fulgurante des coûts. D'où l'idée de **décentraliser** certaines décisions et actions, et de redonner à la société civile, dont les citoyens et les OC, une certaine capacité à influencer le devenir du système de SSS et ainsi de départir le MSSS de sa toute-puissance. Dès les années 2000, la nouvelle gestion publique redonnera un nouveau souffle à la centralisation des décisions et de la gestion complète du système. Cela se traduira progressivement par de nouvelles fusions, un contrôle de plus en plus serré des établissements, le retrait de toute forme de régionalisation et de parole à la société civile pour culminer avec la loi 10 qui met entre les mains du ministère toutes les décisions avec un nombre limité d'énormes établissements, **un monopole d'État caractérisé par une bureaucratie extrême**.

Date	Ministre SSS		Instances régionales	Établissements
1990-1994	M.Y. Côté	Objectif : décentraliser des activités au niveau des régions. Mais la centralisation demeure encore forte	Création des <b>régies régionales</b> avec pouvoir de représentation des citoyens	<b>782 établissements</b> dont les CLSC, les CH, les CHSLD, les CR + quantité d'établissements privés. Deviendront progressivement <b>environ 600 établissements vers 2004</b> , dont des fusions au niveau des CRDI. Le CLSC est à portée locale.
1995-2003	J. Rochon P. Marois F. Legault	Désir d'accentuer la décentralisation sous J. Rochon puis réaffirmation du	Amplifie rôle des régies régionales. Représentation de la population aux	On passe de 600 établissements à <b>environ 300 entre 1995 et 2003</b> beaucoup par la fusion des CLSC et des CHSLD, qui restent à portée locale

		MSSS par la suite	CA des régies et des établissements.	
2003-2014	P. Couillard Y. Bolduc	On garde une certaine déconcentration. Diminution du rôle des citoyens. Reprise en main des objectifs par le MSSS	Transforme les régies régionales en <b>Agences de la SSS</b> . Les agences gèrent les fonds, allouent les budgets, mais aussi veillent à la réalisation des objectifs par les établissements	Loi 83 : fusion en <b>182 établissements</b> , dont les <b>95 CSSS</b> , qui regroupent les CLSC, la majorité des CH et les CHSLD. Vision d'un regroupement territorial de taille moyenne. Objectif d'intégration des soins (qui ne sera pas atteint)
2014-2018	G. Barrette	Hospitalo-centrisme et centralisation extrême du pouvoir au MSSS. Disparition de la participation des citoyens aux CA des établissements	<b>Abolition des ASSS</b> . Les décisions passent directement du MSSS aux établissements.	Fusion en <b>34 méga-établissements</b> . Dont <b>22 CISSS ou CIUSSS</b> qui regroupent les 95 CSSS, les CR et la quasi-totalité des CH qui ne sont pas déjà dans les CSSS. L'établissement est responsable de toute une région.
2018-2022	D. McCann C. Dubé	Dès 2020, pandémie. Le système de SSS reste géré de façon centralisée à partir du MSSS.  L'idée d'une plus grande décentralisation refait surface.	Il n'y a plus de gestion régionale. Tout est administré par les établissements sous le contrôle du MSSS.	Poursuite de la réorganisation du système de SSS dans la logique de la loi 10

### Résultats de ces modifications :

- L'évolution de ces dernières années aboutit à **une concentration excessive à l'avantage du MSSS**. Il n'y a plus moyen de prendre en compte une réalité régionale issue des acteurs de la région.

- **Les citoyens ont été complètement évincés** de la possibilité d'influer sur ce qui sera la réponse à leurs besoins.
- Il n'y a **aucune preuve qu'il y a eu une réelle économie** en fusionnant les établissements, mais il y a des évidences que ces gros mastodontes ne permettent plus aux travailleurs ni aux usagers de s'y sentir compris et à l'aise.
- **Méga structures extrêmement lourdes** très difficiles à manier et où la tête ignore totalement ce qui se passe à la base.
- **Hospitalo-centrisme**. La culture médicale, le poids des hôpitaux et des médecins écartent toutes les autres préoccupations, dont celles qui concernent les personnes les plus vulnérables.
- **Concentration sur le curatif** (médicaments compris) et **abandon de la prévention et de la santé publique** ainsi que toute la dimension des déterminants de la santé.
- **Épuisement des ressources** du RSSS : désinvestissement du personnel soignant ainsi que des intervenants sociaux.
- **La colère** gronde chez certains usagers.
- **La pandémie** met au jour les défaillances de la santé publique, la prépondérance des hôpitaux devant les services aux personnes vulnérables qui s'avère une vraie catastrophe, les risques reliés à une trop grande centralisation.