



## **Les réseaux locaux d'intégration des services de santé**

### **Le point sur le sujet – 4 mai 2005**

**Contexte :** À l'été 2004, le gouvernement de l'Ontario a proposé la mise sur pied de réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Quatorze RLISS couvriront la province avec le mandat de planifier, coordonner, intégrer et financer divers services de santé et sociaux, incluant les hôpitaux, les foyers de soins infirmiers, les foyers de personnes âgées, les centres de désintoxication, les services de traitement des enfants, le soutien communautaire et les services de santé mentale.

Le gouvernement soutient que les RLISS pourraient, à terme, financer les fournisseurs de services de santé suivants (sous réserve de l'approbation de l'Assemblée législative) :

- Les hôpitaux (incluant les hôpitaux psychiatriques )
- Les centres d'accès aux soins communautaires
- Les organismes de services de soutien communautaire (p. ex. les sociétés d'Alzheimer, les associations pour les personnes atteintes de déficiences physiques, les popotes roulantes, les centres de thérapie familiale, les Infirmières de l'Ordre de Victoria, les INCA, les hospices, les centres de traitement des enfants, etc.)
- Les organismes de santé mentale et de désintoxication
- Les centres de santé communautaire
- Les foyers de soins de longue durée

Le gouvernement précise que les RLISS ne financeront pas :

- Les médecins
- Les services ambulanciers (urgences et non-urgences)
- Les laboratoires
- Les programmes provinciaux de médicaments
- Les soins individualisés

L'analyse se poursuit en ce qui a trait aux relations entre les RLISS et les établissements de santé indépendants, **les programmes de santé publique** et les réseaux provinciaux.

Chaque RLISS sera financé par le gouvernement provincial, régi par un conseil d'administration nommé par le gouvernement provincial et lié par des objectifs de rendement avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD). Le gouvernement avait prévu nommer les directeurs généraux des RLISS et les premiers conseils d'administration avant le 1<sup>er</sup> avril 2005, mais il n'a pas pu respecter ces délais. Il a promis de le faire bientôt en précisant ce qui suit :

Les conseils des RLISS sont censés être basés sur les compétences et non sur la représentation de groupes ou de régions spécifiques. En plus d'autres compétences, les membres des conseils d'administration des RLISS devraient posséder des connaissances dans l'un ou plusieurs des domaines suivants : santé, administration publique, gestion, comptabilité, finance, droit, ressources humaines, relations de travail, communications ou gestion de l'information.

Le gouvernement a choisi trois candidats pour chacun des conseils d'administration des 14 RLISS fondateurs : un président du conseil et deux membres du conseil.

Si le Comité permanent sur les organismes gouvernementaux confirme le choix de ces candidats, ils présenteront une demande d'incorporation en vertu de la *Loi d'incorporation* et, une fois constitués, ils deviendront les membres fondateurs des conseils d'administration de chaque RLISS.

Les conseils des RLISS devraient atteindre leur effectif complet de 9 membres d'ici la fin de 2005. Le ministère élabore un processus communautaire qui sera utilisé par chaque conseil de RLISS pour aider à trouver et à recommander au ministre des candidats au conseil, dans le but de compléter l'effectif du conseil .... les membres du conseil seront rémunérés conformément aux directives du gouvernement sur les nominations, qui établissent le taux des indemnités quotidiennes.<sup>1</sup>

Le gouvernement veut que, d'ici 2007-2008, chaque RLISS soit responsable de ce qui suit :

- a) Planification du système de santé local conformément aux directives stratégiques du MSSLD.
- b) Intégration locale des soins de santé et coordination des services (incluant l'intégration à d'autres RLISS).
- c) Obligation de rendre compte et gestion du rendement (incluant des ententes de reddition de comptes avec les fournisseurs des services de santé financés par les RLISS).
- d) Participation de la communauté locale.
- e) Évaluation et présentation de rapports.

---

<sup>1</sup> Bulletin du MSSLD sur les RLISS n° 11, 2 mai

## f) Financement

- Accorder un financement aux fournisseurs de services de santé régis par les RLISS et selon l'enveloppe de financement accordée aux RLISS
- Fournir au MSSLD des conseils sur les besoins en immobilisations.<sup>2</sup>

Le ministère veut une conception « standardisée » des RLISS. Il est présentement en train de choisir la conception des lieux et des bureaux standardisés, qui devrait être terminée au cours des prochaines semaines. En outre, le ministère est à choisir des modèles de « **bureaux administratifs** » **partagés** pour certaines activités (p. ex. les achats, l'approvisionnement, la paye, etc.) pour tous les RLISS.

Pour la santé publique et pour les travailleurs de la santé, ce projet de réforme des RLISS soulève **beaucoup de problèmes importants**, dont ceux qui suivent.

### **Réduction des services et des emplois dans la collectivité**

Le gouvernement a essayé de jouer sur l'ambiguïté du mot « intégration ». Bien que certaines formes d'intégration puissent être avantageuses pour les patients (p. ex. la création d'un système transparent dans lequel les patients peuvent passer facilement d'un fournisseur à l'autre), d'autres formes menacent les services dans les collectivités.

Malheureusement, le gouvernement s'est concentré sur la diminution des coûts et, en particulier, sur la centralisation et la réduction des services. Les RLISS pourront mettre en œuvre ces changements parce qu'ils ont le pouvoir de financer les fournisseurs de soins de santé et d'exiger d'eux qu'ils signent des ententes de reddition de comptes.

**Les services de soutien sont menacés** : Dès le début de la transformation, le gouvernement s'est concentré sur la réduction et la centralisation des services de soutien et des services administratifs. Déjà, le gouvernement et les hôpitaux ont commencé à centraliser les services de soutien en santé en créant des organisations comme les « services commerciaux hospitaliers ». Ces nouvelles organisations sont censées prendre en charge et centraliser les services de soutien anciennement fournis par les hôpitaux, les foyers et d'autres organisations sans but lucratif. Beaucoup des services ainsi pris en charge seront ensuite donnés en **sous-traitance** à des entreprises à but lucratif.

Il est intéressant de constater que d'autres provinces se sont attaquées aux services de soutien en santé, avec des résultats négatifs, ce qui soulève de sérieuses questions en matière de prévention des infections et de prestation adéquate de services dans les hôpitaux et les foyers. La mise en lumière de ces développements sera un aspect important de la réponse du SCFP.

---

<sup>2</sup> Bulletin du MSSLD sur les RLISS n° 11, 2 mai

**Les services cliniques sont menacés :** Au début de son mandat, lorsque le gouvernement libéral a intensifié sa campagne pour limiter le financement des soins de santé, il s'est penché exclusivement sur la réduction des coûts de soutien et administratifs, du moins publiquement. Toutefois, les hôpitaux ont soutenu que le niveau d'économies souhaité était impossible à réaliser par la seule réduction des services de soutien et administratifs.

En avril 2005, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a reconnu le fait et a amorcé la centralisation des services cliniques. Le ministre de la Santé, George Smitherman, a publiquement souhaité la centralisation des procédures chirurgicales effectuées dans les hôpitaux et le retrait des chirurgies moins importantes aux hôpitaux. Il s'agit d'une directive assez claire pour les RLISS sur la façon dont le gouvernement veut qu'ils règlent les problèmes de financement dont ils hériteront.

Bien que le *Toronto Star* ait écrit que la première clinique de chirurgie établie sera « sans but lucratif », le retrait des chirurgies des hôpitaux soulève carrément la possibilité de **la création de cliniques de chirurgie à but lucratif**. En effet, lorsque le ministre Smitherman a annoncé son intérêt pour les cliniques de chirurgie, le parrain choisi pour son discours a proposé l'établissement de cliniques du secteur privé fournissant des soins à deux vitesses dès que le M. Smitherman s'est rassis.

**Les petites collectivités sont menacées :** Toutes les collectivités seront touchées par la centralisation, mais ce sont les plus petites qui seront le plus menacées. En effet, les membres de ces collectivités devront se rendre encore plus loin pour obtenir les soins dont ils ont besoin. Les communautés locales seront également frappées par les pertes d'emplois, des emplois qu'il pourrait être difficile de remplacer.

L'expérience en matière de centralisation de services provinciaux suggère que cette forme d'intégration peut faire grimper les coûts. À titre d'exemple, on peut mentionner la fusion des hôpitaux sous la direction de la Commission de restructuration des services de santé et la centralisation des services correctionnels au milieu des années 90.

**Conclusion :** L'« intégration » servira probablement de couverture pour éliminer les emplois et les services dans les communautés locales et privatiser les services de santé.

## **Affaiblissement du contrôle communautaire**

Le MSSLD insiste sur le transfert de certains pouvoirs, qui passeraient de son contrôle direct à celui des RLISS. Toutefois, les RLISS ne jouiront que d'une autonomie limitée par rapport au gouvernement. Les conseils des RLISS seront nommés par le gouvernement provincial par décrets, les membres des conseils recevront (pour la première fois) une rémunération significative de la province, et

les RLISS devront signer des protocoles d'accord et des obligations de rendement avec le ministère.

En conséquence, les conseils des RLISS relèveront du gouvernement provincial plutôt que des communautés locales.

Contrairement aux RLISS, les hôpitaux et autres fournisseurs de soins de santé ont des conseils d'administration communautaires qui ont toujours vigoureusement protégé leur financement et leurs services. Puisque les RLISS auront des pouvoirs considérables, ce changement est important. Par exemple, lorsque les conseils d'administration des centres d'accès aux soins communautaires ont été confiés au gouvernement provincial en 2001, ils ont immédiatement cessé toute campagne publique de financement, avec le résultat que ce financement stagne depuis plusieurs années.

En plus de ce faible contrôle communautaire, les RLISS proposés couvrent des régions vastes et diversifiées. Ainsi, Scarborough fait partie du même RLISS proposé que Halliburton. À l'évidence, les deux collectivités n'ont pas grand chose en commun et partagent peu de liens. Au lieu d'être unie dans le même RLISS, Toronto sera divisée en cinq RLISS différents qui couvrent de larges secteurs du sud de l'Ontario. Tout le nord-est de l'Ontario est amalgamé en un seul immense RLISS.

Les limites des RLISS ont été décidées en fonction des modèles de référence des hôpitaux, sans tenir compte des éléments politiques et sociaux. Les RLISS proposés n'ont rien de « local », ils ne sont pas basés sur des collectivités et ils ne représentent aucune communauté d'intérêts. En conséquence, ils n'ont pas de base réelle de cohésion politique. Les gens qui vivent dans les limites d'un RLISS particulier auront beaucoup de difficulté à se faire entendre sur l'orientation de ce RLISS.

**Conflit au sein des RLISS** : Les vastes régions socialement diversifiées couvertes par les RLISS laissent aussi entrevoir la possibilité de conflits importants sur l'allocation des ressources aux RLISS. Déjà, on en voit des signes évidents.

Depuis le début des années 90, toutes les autres provinces sont passées à une forme ou à une autre de services de santé régionalisés. Et ces gouvernements provinciaux changent régulièrement leurs limites régionales – parfois radicalement.

**Conclusion** : La structure proposée pour les RLISS dresse des obstacles importants au contrôle communautaire des soins de santé. Les conflits entre collectivités à l'intérieur d'un seul RLISS sont probables. Les changements aux limites des RLISS sont aussi fort probables.

## **L'obligation de rendre compte du gouvernement provincial diminue**

**Responsables :** Les RLISS peuvent affaiblir le contrôle communautaire, mais ils peuvent aussi créer un autre niveau de bureaucratie, un niveau contrôlé par le gouvernement provincial, un niveau qui, inévitablement, sera tenu responsable de la plupart des critiques en ce qui a trait aux décisions prises pour la région.

Cette nouvelle structure protégera le gouvernement contre les répercussions de ses décisions en matière de compressions ou de privatisation des services. Le gouvernement contrôlera les RLISS en nommant les membres du conseil, en concluant des ententes de responsabilité avec les RLISS et en établissant les niveaux de financement. Et les RLISS devront, dans les faits, mettre en œuvre les décisions du gouvernement en matière de santé dans leurs régions. En conséquence, ils seront les premières cibles du mécontentement populaire soulevé par leurs décisions, même si leur autonomie est plus imaginaire que réelle.

**Conclusion :** Nous devons faire face non seulement au gouvernement provincial (et aux fournisseurs de soins de santé) mais aussi aux 14 RLISS. Il est probable que le gouvernement provincial réagisse aux plaintes en déclarant que « ce n'est pas nous – c'est une décision du RLISS ». Pire encore, le RLISS n'aura que peu de comptes à rendre à la communauté locale.

## **Privatisation**

Les RLISS exigent une division entre les acquéreurs et les fournisseurs de services de santé. Cette division a déjà été établie dans les soins à domicile, où ce sont les centres d'accès aux soins communautaires qui financent les fournisseurs de soins à domicile par l'entremise d'un système d'appels d'offres concurrentielles. Dans les faits, cela veut dire la sous-traitance obligatoire des soins à domicile. Les fournisseurs perdent régulièrement des contrats et les travailleurs des soins à domicile n'ont aucun droit du successeur. En conséquence, les salaires, les avantages sociaux et les conventions collectives sont très faibles et les entreprises géantes à but lucratif écrasent petit à petit les organisations sans but lucratif.

Nous devons empêcher que cela n'arrive dans les autres secteurs des soins de santé.

**Financement :** Il reste encore bien des zones obscures dans la façon dont les RLISS seront financés par le gouvernement provincial et dans la façon dont, à leur tour, les RLISS financeront les fournisseurs de soins de santé.

- Quel rôle, exactement, jouera la province dans le financement ?
- Comment le financement de chaque RLISS sera-t-il décidé – Par niveaux historiques (qui varient significativement d'un hôpital à l'autre) ? Selon la

population et les données démographiques ? Selon le volume et la complexité des services offerts ? Par une combinaison de ce qui précède ?

- Le financement des immobilisations reviendra-t-il éventuellement au RLISS ?
- Comment les RLISS distribueront-ils l'argent aux organisations de services ?
- Certains services (p. ex. les services de traitement du cancer, les services cardiaques, les services de soins aigus) seront-ils exemptés du financement du RLISS et financés directement par la province ?

Les hôpitaux ne sont pas très heureux que le financement soit confié aux RLISS.

L'AHO appuie fermement l'intention du gouvernement de se donner du temps pour poursuivre la recherche avant de prendre sa décision sur le transfert des responsabilités de financement aux RLISS.... **Nous croyons que l'établissement des taux pour les hôpitaux doit rester au palier provincial** pour maintenir l'équité et éviter la balkanisation du système. Par l'entremise du **JPPC**, nous recommandons également que l'AHO, les hôpitaux et le gouvernement **élaborent une formule de financement commune qui sera utilisée par tous les hôpitaux de la province**. Pour assurer la conformité aux normes cliniques provinciales, nous croyons que le gouvernement devrait créer un organisme provincial des services spécialisés pour contrôler, financer et évaluer les programmes et les services provinciaux, comme Action Cancer Ontario et le Réseau de soins cardiaques de l'Ontario. Enfin, les hôpitaux croient également que le financement **des immobilisations et de la recherche en santé doit continuer d'être assumé par le gouvernement de l'Ontario** compte tenu de leur importance provinciale et même nationale évidente.<sup>3</sup>

**Conclusion :** Peu importe les méthodes de financement choisies, la privatisation accrue et la concurrence entre fournisseurs seront, selon tout vraisemblance, des conséquences de la division entre acquéreurs et fournisseurs prévue dans l'actuel projet de RLISS.

## **Les unités de négociation remises en question**

L'Association des hôpitaux de l'Ontario a soulevé la possibilité que les RLISS deviennent l'employeur :

« Si les RLISS reçoivent des responsabilités de financement, ils pourront, en vertu des dispositions "liées à l'employeur" de la *Loi sur les relations de travail* de l'Ontario, être considérés comme des employeurs, ce qui pourrait avoir des effets sur la négociation collective, la rémunération, l'équité

---

<sup>3</sup> Allocution de Sheila Jarvis, présidente du conseil d'administration de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, à la Conférence sur l'optimisation de l'efficacité des Réseaux locaux d'intégration des services de santé, 25 février 2005

salariale, la santé et la sécurité, l'accréditation syndicale et bien d'autres enjeux syndicaux. »

Si cela se produit, le statut de **toutes** les unités de négociation du secteur de la santé de l'Ontario sera remis en question. Quoi qu'il en soit, une restructuration des unités de négociation des CASC est probable.

Les changements futurs aux limites des RLISS sont aussi très probables, si l'on se fie à ce qui est arrivé dans les autres provinces avec la régionalisation. Ainsi, si les droits de représentation sont effectivement associés aux RLISS, nous pourrions assister à des **rondes répétées de votes de représentation entre syndicats**. Une telle situation affaiblirait la solidarité syndicale, si les mesures voulues ne sont pas prises.

**Conclusion :** La réforme des RLISS rend incertain l'avenir des unités de négociation dans le secteur de la santé (et de certains services sociaux) de la province. Il deviendra d'autant plus important de prendre les mesures qui s'imposent pour préserver l'unité syndicale.