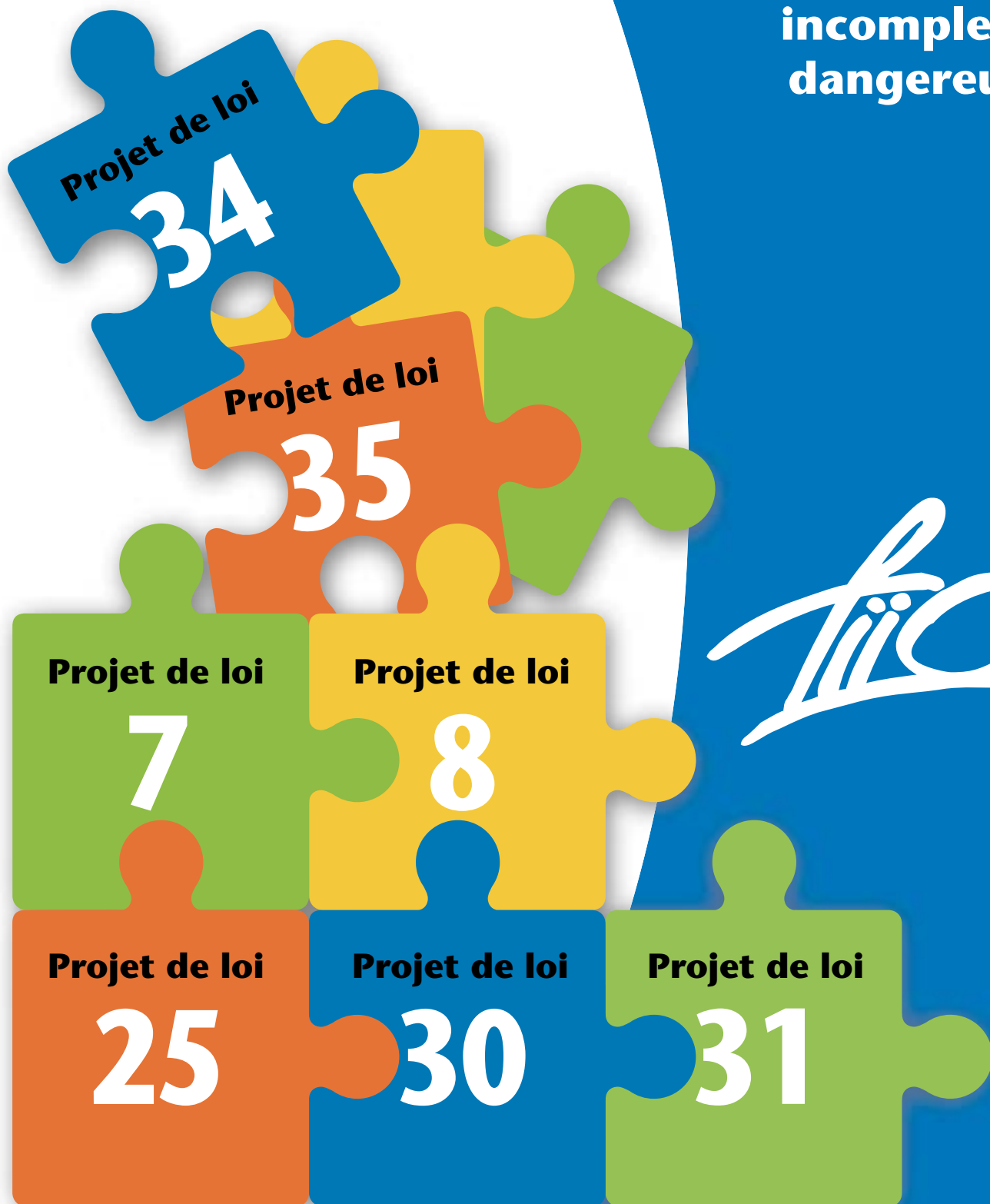


# POUR L'AVENIR DES SERVICES PUBLICS...

des projets de loi :  
inutiles  
incomplets  
dangereux



# Avant-propos

---

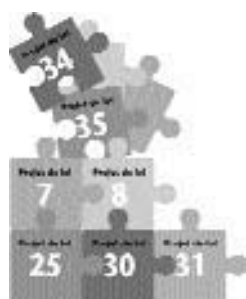
---

La Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ) est une fédération syndicale qui regroupe 45 500 infirmières québécoises. Elle représente 72 % de toutes les infirmières du Québec et 85 % de celles qui sont syndiquées. Plus de 90 % de ses membres sont des femmes.

Les membres de la Fédération, qui proviennent de tout le Québec, exercent exclusivement des fonctions d'infirmières dans 453 établissements du réseau de la santé, soit des centres correspondant à l'éventail des missions des établissements du réseau. L'expertise de l'organisation se compose d'expériences de travail très variées auprès de divers types de bénéficiaires des services du réseau.

La FIIQ a toujours participé activement aux diverses consultations qui ont marqué le processus de réforme du système de santé et de services sociaux au Québec. Elle a toujours soutenu une ouverture du réseau à la participation démocratique, fait valoir l'importance de la prévention et de la promotion de la santé et revendiqué, pour le Québec, le maintien d'un système de santé et de services sociaux empreint des valeurs sociales-démocrates. Au niveau fédéral, la Fédération s'est présentée devant la *Commission Romanow* pour y préciser le rôle attendu du gouvernement fédéral dans le devenir du système de santé. En outre, la Fédération a toujours mis en garde les gouvernements contre les répercussions des diktats de l'économie et, devrait-on maintenant ajouter, de la mondialisation néolibérale, sur des décisions aussi déterminantes que celles qui concernent l'avenir des soins de santé au pays.

Témoins privilégiés du système de santé au quotidien, les infirmières sont à même de connaître les multiples effets des inégalités socio-économiques sur la santé, de même que les effets parfois déplorables des décisions prises à tous les niveaux de la structure politique et hiérarchique. La FIIQ, en tant qu'organisation syndicale, représentant une très large majorité de femmes, qui sont à la fois professionnelles de la santé travailleuses du réseau public, usagères des services, vise par ses orientations et ses décisions, la préservation des acquis sociaux, une plus grande égalité et plus de justice sociale.

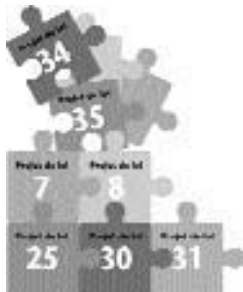




# Introduction

---

Dans l'enceinte de l'Assemblée nationale, aussi bien qu'à toutes les tribunes qui lui seront offertes, la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec entend bien faire connaître sa ferme opposition aux projets de loi n<sup>os</sup> 7<sup>1</sup>, 8<sup>2</sup>, 25<sup>3</sup>, 30<sup>4</sup> et 31<sup>5</sup>, pour ne nommer que ceux-là. Ces projets de loi sont autant d'attaques antisyndicales et antisociales portées par le gouvernement libéral contre la population québécoise. S'appuyant sur sa double mission de défense et de promotion des intérêts économiques, sociaux et professionnels de ses membres et sur son engagement à promouvoir une société qui soit à la recherche de la justice, de la répartition équitable des richesses et des pouvoirs, la FIIQ rejette formellement l'ensemble de ces projets de loi.

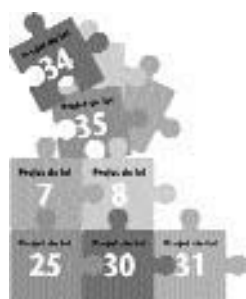


Ayant constaté que chacun de ces projets de loi s'insérait dans un projet global, celui de la réingénierie, du désengagement de l'État et, partant, de la privatisation, la FIIQ a décidé de faire connaître sa ferme opposition dans un document unique, plutôt que d'éparpiller son argumentation dans des documents ou mémoires différents. En effet, la FIIQ ne peut que s'opposer formellement et totalement au projet global de ce gouvernement qui au demeurant démontre, si besoin était, son à-plat-ventrisme face aux diktats de la mondialisation.

Dans les pages qui suivent, l'argumentaire protera davantage sur les motifs qui soulèvent la colère de la Fédération et sa ferme opposition à l'ensemble des projets de loi. Dans une première partie, sera démontré en quoi ils s'inscrivent dans le projet global néolibéral. Dans la partie suivante, l'opposition de la FIIQ au projet de loi n<sup>o</sup> 25 sera motivée et des suggestions seront faites concernant des conditions nécessaires et incontournables à l'intégration des services de santé et des services sociaux. Par la suite, sera traité le projet de loi n<sup>o</sup> 30, en expliquant, dans un premier temps, en quoi le processus de la fusion des unités d'accréditation proposé est inapproprié et constitue une attaque aux organisations syndicales et à la vie syndicale de leurs membres. Dans un deuxième temps, sera démontré en quoi ce même projet de loi n<sup>o</sup> 30 constitue une négation des conditions de travail négociées et obtenues de haute lutte par les infirmières et infirmiers et les autres syndiqué-e-s du réseau. Votre attention sera également attirée sur l'utilisation peu judicieuse des ressources humaines et financières que ce projet entraîne et sur le système de négociation à deux vitesses que ce projet suggère.

## **Des projets de loi inacceptables**

L'approche coercitive qui se dégage plus particulièrement des projets de loi n<sup>os</sup> 25 et 30, aussi bien en ce qui a trait aux fusions forcées d'établissements ou d'unités d'accréditation qu'à l'imposition de délais



qui dépassent l'entendement quand il s'agit de mettre sur pied de nouvelles structures, ou de négocier localement des conditions de travail au lendemain de la mise en place de nouvelles unités d'accréditation, traduit bien le mépris du gouvernement à l'égard de ses salarié-e-s. Sans action, sans concertation, sans laisser de temps, actions pourtant toutes si nécessaires à la réussite de ces nouvelles structures ou de ces nouvelles façons de faire, le gouvernement met de côté le savoir des intervenantes et intervenants du réseau. En bon élève de l'approche de réingénierie, il se lance dans un tout ou rien, faisant fi des risques que cela comporte pour le réseau de la santé et des services sociaux aussi bien que pour les salarié-e-s et l'ensemble de la population. Ces projets de loi sont porteurs de reculs inacceptables en matière de relations de travail. Ils bafouent les principes de liberté d'association et de liberté de représentation. Ils limitent le droit de négociation et donnent de nouvelles armes aux employeurs sous-traitants qui veulent à tout prix empêcher la syndicalisation de leurs salarié-e-s. En mettant la table pour la privatisation et la sous-traitance, le gouvernement se fait le complice de celles et ceux qui, au nom d'une pseudo-compétitivité, se préparent à faire des profits sur le dos des contribuables et des travailleuses et travailleurs du Québec.

Ces projets de loi remettent en question des valeurs fondamentales comme l'équité et la justice sociale, valeurs sur lesquelles la société québécoise s'est bâtie et développée. Ils annoncent un désengagement de l'État encore plus fort que ce que ne le laissait voir le programme du Parti libéral. La FIIQ, loin d'être dupe des assises idéologiques de la plupart des projets de loi élaborés par le gouvernement depuis son élection le 14 avril 2003, en dénonce les visées destructrices. Elle met le gouvernement en garde contre une destruction massive des institutions que le Québec s'est données. En effet, dans un souci de justice et d'égalité, le Québec a voulu accompagner son développement d'une réduction des écarts entre les riches et les pauvres, entre les malades et les bien-portant, entre les jeunes et les personnes âgées, entre les hommes et les femmes, entre les autochtones, les «de souche», et l'ensemble des citoyen-ne-s qui ont fait du Québec leur terre d'accueil. La FIIQ exhorte donc le gouvernement à ne pas aller trop loin et surtout à ne pas commettre l'irréparable.

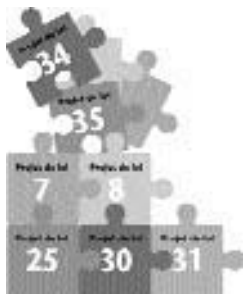
# Une réforme néolibérale du réseau de la santé au Québec

---

Le gouvernement libéral s'est fait élire en jouant le thème de la santé. Mais il avait également promis de revoir le rôle de l'État. Jamais cependant, il n'avait exprimé sa volonté de revoir le rôle de l'État en santé. Pourtant, aujourd'hui, c'est bien le sens qu'il faut donner à cette réforme du réseau de la santé au moins aussi importante que la réforme Castonguay au début des années 1970.

## Des lois, un seul objectif

Un ensemble de quatre projets de loi en consultation ou en voie d'adoption forme le cadre actuel de cette réforme : les projets de loi n<sup>os</sup> 7, 25, 30 et 31. Le projet de loi n<sup>o</sup> 25 en forme le socle, tandis que les autres qui en découlent visent à affaiblir les organisations syndicales (projet de loi n<sup>o</sup> 30) ou à les faire disparaître purement et simplement (projets de loi n<sup>o</sup> 7 et n<sup>o</sup> 31).



Le projet de loi n<sup>o</sup> 25 représente le cœur de la réforme à plusieurs égards. Tout d'abord, il vient légitimer, de façon sournoise, par la création de réseaux intégrés, la place du secteur privé dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec. Du jamais vu en 40 ans d'existence du régime public de santé au Québec. Ensuite, il force les fusions d'établissements de missions différentes, contre leur volonté, tout comme le gouvernement précédent avait forcé les fusions municipales qui ont justement permis l'émergence de nouvelles possibilités de marchés publics (dénommés plus fréquemment partenariats public-privé par le gouvernement et le milieu patronal). Pour la Fédération cette réforme vise à mieux soumettre le réseau de la santé et des services sociaux aux marchés publics. Mais pour que le réseau de la santé devienne intéressant pour l'entreprise privée, le gouvernement doit en abaisser les coûts et au premier chef les coûts de main-d'œuvre qui représentent, ne l'oublions pas, 80 % des dépenses des établissements de santé.

En effet, des études démontrent qu'une main-d'œuvre non spécialisée, lorsqu'elle est syndiquée, coûte plus cher à l'entreprise. Il fallait donc s'assurer de mettre en place des conditions permettant la désyndicalisation d'une partie au moins de la main-d'œuvre dont va profiter l'entreprise privée. D'où l'entrée en scène des trois autres projets de loi, les projets n<sup>os</sup> 7, 30 et 31.

Tout d'abord, le projet de loi n<sup>o</sup> 30 vise à rendre le syndicat inefficace. Ce projet de loi lui enlève son rôle d'intervenant essentiel dans le système démocratique québécois et ne se soucie aucunement du respect

de la démocratie syndicale. Rendre l'action syndicale moins efficace, n'est-ce pas là une façon de faire perdre de la crédibilité au syndicat face à ses membres? Qui voudrait d'un syndicat qui ne peut pas négocier des conditions de travail adéquates parce que le processus de négociation n'est pas fonctionnel ou d'un syndicat qui ne pourrait représenter adéquatement ses membres en raison des effets du projet de loi n° 30.

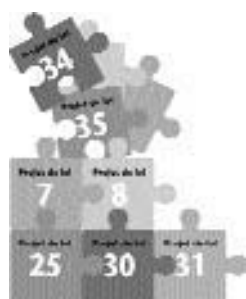
Le projet de loi n° 31 va encore plus loin. Il vise à faciliter la sous-traitance pour un État qui cherche à se désengager, à désétatiser des services et des fonctions, en santé ou ailleurs. Par ce projet de loi, le gouvernement met en place les conditions lui permettant de se défaire de ses responsabilités. Le discours inaugural du 4 juin 2003 était explicite à ce sujet. Le premier ministre y a affirmé : « Nous allons recentrer l'État sur ses missions essentielles : santé, savoir, prospérité et sécurité. » Ce projet de loi faciliterait la privatisation dans tous les secteurs de l'activité gouvernementale, y compris dans le réseau de la santé, puisque les sous-traitants n'auraient pas à assumer les obligations actuelles de l'employeur public.

Or, chacun le sait maintenant, certaines dispositions des accords de libre-échange prévoient qu'il est possible de poursuivre, pour expropriation et pour perte de profit potentiel, un gouvernement qui voudrait redonner un caractère public à des fonctions ou activités qui auraient fait l'objet d'une privatisation. Le retour en arrière serait dès lors si coûteux qu'il devient impensable.

Finalement, par le projet de loi n° 7, présentement à l'étude en commission parlementaire, le gouvernement pousse l'odieux encore plus loin en refusant purement et simplement la syndicalisation à certains groupes que les tribunaux avaient pourtant reconnus comme salariés.

Par ailleurs, pour les autres groupes de salarié-e-s qui resteraient à l'emploi du réseau public, le projet de loi vise à accroître la mobilité, la flexibilité et la productivité de cette main-d'œuvre. Une étude parue en 1998 et signée par madame Monique Jérôme-Forget, aujourd'hui présidente du *Conseil du trésor*, soulignait la nécessité d'augmenter la productivité au travail, nettement inférieure dans le secteur des hôpitaux<sup>6</sup>. Cette productivité a bel et bien été augmentée lors de la réforme Rochon, axée sur le virage ambulatoire et le virage milieu, réforme vendue à la population, il faut bien le rappeler, comme une meilleure réponse aux besoins des patient-e-s. Or, l'augmentation de la productivité a été rendue possible grâce à la désassurance de la convalescence, à l'absence de réinvestissement, pourtant promis en maintien et en soins à domicile, et au recours aux aidantes naturelles, essentiellement des femmes, qui ont été mises à contribution pour assurer le bien-être des patient-e-s retourné-e-s souvent trop rapidement à domicile.

Tel est, selon la *Fédération des infirmières et infirmiers du Québec*, le sens de la réforme proposée dans le secteur de la santé. Il s'agit d'un projet politique qui s'inscrit dans la philosophie du libéralisme



économique. Le premier ministre a d'ailleurs clairement exprimé, dans le discours inaugural du 4 juin 2003, ce caractère néolibéral de la réingénierie de l'État :

..... « Dès 1988, les Québécois ont endossé avec enthousiasme le libre-échange avec les États-Unis puis l'Accord de libre-échange nord-américain [ALENA] qui intégrait le Mexique à notre marché commun. Et ce n'est pas fini: bientôt, ce sera la Zone de libre-échange des Amériques [ZLEA] qui réunira la terre de Baffin et la Terre de Feu dans un seul marché. [...N]otre avenir à nous, au Québec, se trouvait dans l'ouverture des marchés ».

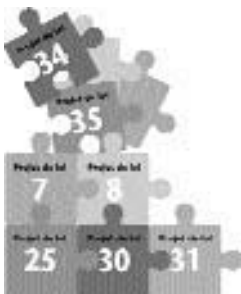
### Dans la foulée du néolibéralisme

Il ne fait pas de doute en effet que le Québec se comporte en élève modèle en matière de libéralisme économique. En plus d'avoir été une des premières provinces à appuyer les accords de libre-échange à la fin des années 1980, il a donné un appui non équivoque au Parti conservateur et a contribué à le porter au pouvoir en 1988. Pas étonnant dès lors que le gouvernement du Québec se soit empressé de se plier à la discipline des accords de commerce et à les intégrer dans sa législation interne<sup>7</sup>. Pour lui, il s'agissait non seulement d'un enjeu économique mais également et peut-être encore davantage d'un enjeu politique lié à sa volonté de se démarquer, et de démontrer sa capacité d'entrepreneurship et de se comporter tel un État sur la scène internationale.

La réforme proposée constitue bel et bien un projet politique et s'inscrit, comme mentionné plus haut, dans la philosophie de libéralisme économique dont les accords de commerce sont issus, et ce, de plusieurs manières.

Tout d'abord, la réforme de la santé constitue un des éléments majeurs du projet de réingénierie de l'État, tel que présenté par le premier ministre dans le discours inaugural, avec les six travaux qui sont autant de facettes de ce projet. La réingénierie de l'État ne vise ni plus ni moins qu'à rétrécir la part de l'État dans l'économie qui, selon la pensée ultralibérale, restreint les opportunités d'investissement pour l'entreprise privée et par conséquent, freine la croissance économique.

Ensuite, le modèle proposé reprend à son compte les stratégies de la Banque mondiale<sup>8</sup> et les fait siennes comme nouvelle philosophie du réseau de la santé et des services sociaux. La décentralisation/régionalisation, la privatisation et la communautarisation sont légitimées directement à travers les réseaux intégrés proposés dans le projet de loi n° 25. La tarification découle directement des désassurances qui ne manqueront pas de survenir puisque la *Loi canadienne sur la santé* ne prévoit le remboursement des services (diagnostiques, de laboratoire, chirurgicaux, notam-



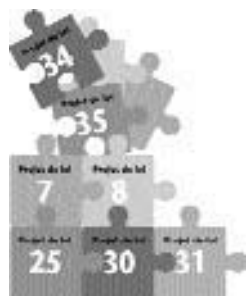


ment) que lorsqu'ils sont offerts en centres hospitaliers. Le défaut de ressources est lui-même inscrit dans la nouvelle définition du rôle de l'État exprimée dans le discours inaugural du 4 juin 2003 et dans la volonté de réduire substantiellement les impôts au Québec : « [N]ous allons baisser les impôts de tous les Québécois dès l'exercice financier 2004-2005 [...]. Sur cinq ans, nous visons à réduire l'impôt des particuliers d'une moyenne de 27 % » disait le premier ministre. Ne manque plus que la décentralisation.

Or, il semble que ce ne soit là qu'une première étape puisque le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Philippe Couillard, a déclaré en conférence de presse le 11 novembre 2003, qu'il s'agissait d'une première phase de cette réforme, la seconde devant survenir dans deux ans environ<sup>9</sup>. À quoi doit-on s'attendre pour la seconde phase? Il ne manquerait plus que la décentralisation du réseau au niveau municipal puisque c'est la seule stratégie qui n'est pas utilisée pour le moment par le gouvernement. Tout dépendrait en fait de la définition des territoires des réseaux intégrés. En effet, si les réseaux intégrés étaient définis par territoire de municipalités ou de *Municipalités régionales de comté* (MRC), le transfert de responsabilités vers ces dernières n'en serait que facilité.

Le nouveau rôle de l'État tel que proposé par le gouvernement libéral c'est, d'une part, la volonté clairement exprimée de rétrécir ce rôle, autant que faire se peut, et ce, afin de redonner au marché le maximum de latitude possible, dans tous les domaines de la vie, en utilisant les mécanismes des marchés publics. Ces mécanismes à propos desquels le gouvernement s'est déjà engagé à travers les signatures apposées au bas des accords de libre-échange, et qu'il a déjà intégrés dans la législation interne, et ce, sans la moindre consultation publique.

D'autre part, c'est l'expression de ce que le sociologue américain, Daniel Bell, longtemps influent auprès de l'administration américaine<sup>10</sup>, proposait déjà dans les années 1960 et 1970 : soit « un État plus puissant à l'échelle internationale et plus décentralisé à l'échelle nationale<sup>11</sup> ». Il s'agit pour l'État de céder à d'autres niveaux d'administration, les municipalités notamment, ce qui n'aura pas déjà été cédé à l'entreprise privée; il s'agit de décentraliser ce qui ne peut ou ne sera pas privatisé. Tel est le projet de réforme présenté par le ministre de la Santé et des Services sociaux. C'est pourquoi la FIIQ estime qu'il s'agit d'une réforme non moins importante que la réforme Castonguay au début des années 1970 et qui a représenté et représente toujours un symbole pour la société québécoise.



## Une menace pour les services de santé

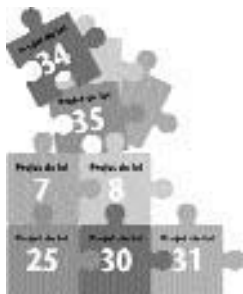
Il y a tout juste un an, la *Commission Romanow* présentait son rapport<sup>12</sup> au gouvernement fédéral. Un chapitre entier est consacré au thème de la mondialisation. À titre de rappel, retenons trois éléments mis en lumière par le rapport.

Tout d'abord, il signale que : « le Canada a choisi de ne pas assujettir ses services hospitaliers et tout un éventail de services de santé à l'Accord général du commerce des services (AGCS), ni de les ouvrir à des investisseurs privés, ni de permettre à des entreprises étrangères d'en faire la prestation<sup>13</sup>. » Il précise ensuite que : « dans le domaine des soins de santé, les demandes d'indemnisation sont possibles, en théorie. [...] Tout dépendra de la façon dont les réformes du système de santé seront charpentées et mises en œuvre<sup>14</sup>. »

Finalement, il conclut en indiquant qu'il n'existe pas de réponse claire et définitive sur « l'incidence des accords commerciaux internationaux sur le système de santé canadien<sup>15</sup>. » Le rapport n'aborde cependant pas les accords sur les marchés publics.

Le projet de loi n° 25 est formulé de manière à introduire tous azimuts le secteur privé comme partenaire d'établissements publics fusionnés. Contrairement à ce que prétend le gouvernement, il ne vise pas l'amélioration des soins et des services à la population. Il est présenté dans l'intérêt des partenaires privés, les investisseurs, petits et grands. De plus, la FIIQ croit que ce projet de loi est susceptible de compromettre l'avenir du système de santé québécois. Dans l'état actuel des choses, elle estime que la plus grande prudence s'impose.

Cette analyse des projets de loi à l'étude amène la Fédération à dire un NON catégorique au projet de réforme dans son ensemble et NON à chacun des projets de loi pris isolément. Nous allons maintenant les examiner chacun tour à tour.



# Non à la loi 25.

## Un Oui conditionnel à l'intégration des services

---

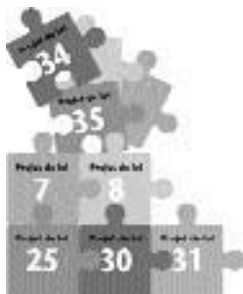
---

### Non à la loi 25

À l'instar de l'ensemble des intervenantes et intervenants du réseau de la santé, la FIIQ reconnaît l'importance et la nécessité de mieux assurer l'accessibilité, la disponibilité et la qualité des services de santé et des services sociaux offerts à la population. Toutes et tous, nous constatons la survenance de ruptures de plus en plus fréquentes dans la continuité de ces services au sein du réseau sociosanitaire québécois. Des lacunes sur les plans de la concertation et de la coordination, tant interorganisationnelles qu'interprofessionnelles, sont de plus en plus mentionnées comme causes possibles de telles ruptures dans la trajectoire des services.

Un rapide survol des plaintes adressées par des usagères et des usagers aux établissements, aux régies régionales<sup>16</sup> et au protecteur du citoyen en matière de santé fait voir que les questions d'accessibilité et de continuité des soins viennent en tête de liste dans les motifs de plaintes; la longueur des listes d'attente et l'engorgement des urgences ne représentent, à notre avis, que la pointe de l'iceberg. Les diverses désassurances dans le réseau, dont une partie du programme des soins dentaires pour les enfants ou les médicaments pour les personnes âgées et les personnes qui vivent en situation de pauvreté, les fardeaux que représentent les impacts du virage ambulatoire sur les aidant-e-s « naturel-le-s » et les coûts qui y sont associés ainsi que le défaut de ressources, ont rendu le système de santé québécois moins équitable en matière d'accès aux soins.

Témoins au quotidien des effets de ces coupures sur la santé de la population, particulièrement chez les plus vulnérables, la FIIQ constate que le projet de loi n° 25 ne touche que très partiellement, et de façon inadéquate, aux barrières qui empêchent les personnes « d'avoir accès aux soins de santé appropriés, au moment opportun, pour atteindre les meilleurs résultats possible<sup>17</sup> », telles les *barrières financières* (coûts défrayés par les personnes), les *barrières spatio-temporelles* (distance à parcourir, temps nécessaire pour se rendre au lieu de distribution des soins), les *barrières organisationnelles* (heures de rendez-vous en dehors des heures de travail, délais, organisation publique ou privée), les *barrières psychosociales* (problèmes de langue, de distance culturelle, de revenu, d'éducation, d'âge, etc.). L'ensemble de ces barrières freine ou même empêche l'accès aux services et le changement de structure projeté ne viendra, selon la



Fédération, qu'exacerber les problèmes en concentrant les décisions dans les mains du ministre, en déstabilisant une fois de plus le réseau et en ouvrant la porte à la privatisation, à la sous-traitance.

L'opposition de la Fédération à cette loi prend fondamentalement sa source dans ses racines idéologiques. En effet, le projet de loi s'inscrit clairement dans la manoeuvre de réingénierie de l'État québécois voulue par le gouvernement. La loi propose une structure unique qui fait fi des connaissances acquises en matière de déterminants de la santé. Elle concentre les services de deuxième et troisième lignes dans un modèle public technocratique; elle dilue et affaiblit les services de première ligne dans un modèle mixte ouvert au marché et à l'entrepreneuriat privé. Les stratégies de base de réingénierie sont reconnues ici : soit la concentration au sommet et la nébulisation à la base, par la transformation progressive des établissements en une myriade de filiales ou de sous-traitants de plus en plus spécialisés<sup>18</sup>.

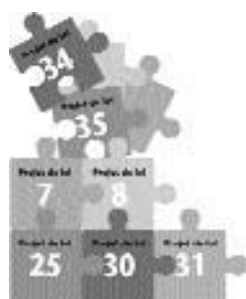
Finalement, la FIIQ s'oppose au projet à l'étude parce qu'il réfère à une loi inutile, hasardeuse, incomplète, dangereuse et pernicieuse.

### Une loi inutile

À part le changement d'appellation des *Régies régionales de la santé et des services sociaux en Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, le projet de loi n° 25 ne modifie pas, pour l'essentiel, les pouvoirs, fonctions et devoirs dévolus aux régies régionales par la loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2). Ces agences de développement de réseaux locaux ont le même découpage territorial, leur siège social est le même et elles conservent les mêmes employé-e-s que les régies régionales. La FIIQ a d'ailleurs pu constater qu'avant même le dépôt du projet de loi, certaines régies régionales avaient adopté le titre (plus « glamour » dans une perspective néolibérale?) d'agence<sup>19</sup>. Vu sous cet angle, le projet de loi est d'autant plus inutile que certaines régies régionales avaient déjà procédé à la mise en oeuvre de réseaux intégrés; elles n'avaient donc pas besoin de nouveau mandat pour ce faire. Mais alors pourquoi un projet de loi aussi précipité?

Pour la FIIQ, ce projet de loi est un leurre dans le sens où il accorde un sursis aux régies régionales-agences de développement de réseaux locaux pour qu'elles finalisent, par la coercition et avant de disparaître, ce qu'elles avaient entrepris dans la concertation, la recherche de consensus et dans le respect de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

C'est aussi un leurre qui vient donner à la population l'impression que le gouvernement a tenu au moins une de ses promesses électorales, celle de faire disparaître les régies régionales, alors que, dans un premier temps tout au moins, il s'agit d'un simple changement de nom. Qui plus



est, le ministre Philippe Couillard a finalement reconnu la nécessité de préserver un palier régional.

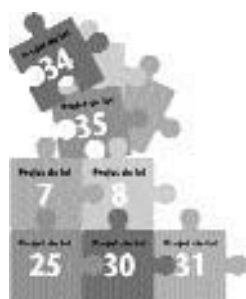
Néanmoins, la loi vient fragiliser les régies régionales-agences de développement de réseaux locaux, en les mettant à la merci du ministre pour ce qui est de leurs pouvoirs. L'émiettement des régies régionales-agences de développement de réseaux locaux est d'ailleurs perceptible dans le projet de loi n° 7, qui « attribue au ministre, plutôt qu'aux régies régionales, le pouvoir de déterminer les taux ou l'échelle de taux de rétribution applicables aux services des ressources intermédiaires ». Le découpage territorial des agences de développement est également fragile si on en croit le discours prononcé par monsieur le ministre à la conférence de clôture du congrès de l'*Association des hôpitaux du Québec*, en mai dernier. Dans cette allocution, monsieur Couillard parlait du remplacement des régies régionales « par des structures plus souples, correspondant à des bassins de desserte plus petits ».

Selon la Fédération, le gouvernement aurait dû faire preuve d'un peu plus de transparence et attendre la fin des négociations entre les régies régionales actuelles et le ministère plutôt que de procéder à un maquillage de la gouverne régionale qui d'évidence ne tiendra pas la route.

Un autre motif qui conduit à conclure en l'inutilité de cette loi est que l'organisation de réseaux de services intégrés ne passe pas nécessairement par des fusions et d'autant moins des fusions forcées. D'une part, les réseaux intégrés ne sont pas une nouvelle solution miracle. D'autre part, le processus d'intégration des services est amorcé depuis quelque temps déjà, par le biais d'ententes de coordination, de tables ou comités de concertation, de programmes conjoints.

Finalement, cette loi est inutile, car elle ne s'attaque pas aux vrais problèmes de sous-financement, de mauvaises distributions des ressources, d'approches médicales de la santé (médicalisation encouragée il est vrai par les compagnies pharmaceutiques, partenaires du privé)<sup>20</sup>. En ce qui concerne tout particulièrement la répartition des ressources, le projet de loi est muet; plus encore, le projet de loi consacre l'état de fait régional et territorial de pénurie.

Pourtant, à la conférence d'ouverture du congrès de l'*Association des CLSC et des CHSLD du Québec*, le 22 mai dernier, le ministre avait identifié des problèmes très précis, à savoir: des problèmes de disponibilité de services dans certains territoires, des problèmes d'accessibilité aux services dus à la mauvaise localisation, aux plages horaires insuffisantes, à l'accès physique inadéquat, des problèmes de continuité, le bris, la fragmentation ou l'interruption de services, des problèmes de coordination entre les première, deuxième et troisième lignes, des problèmes de disparité de l'offre, des problèmes d'utilisation efficiente des services, et des problèmes de pénuries de main-d'oeuvre médicale et infirmière. Les fusions forcées ne



changeront rien à ces problèmes si ce n'est qu'en ce qui a trait à la pénurie, elles viendront amplifier le phénomène, car la FIIQ est convaincue que les chambardements à venir auront raison de la volonté de plusieurs infirmières de rester quelques années de plus au travail.

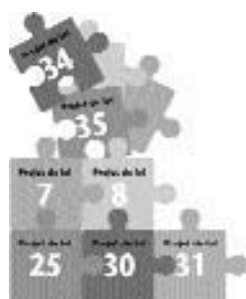
### Une loi hasardeuse

Ce projet de loi comporte des risques qu'il ne faudrait pas sous-estimer. Les imprécisions concernant la composition du conseil d'administration des « nouvelles » régies régionales-agences de développement de réseaux locaux, de même que le silence sur la composition du conseil d'administration des instances locales postfusion, sur la consultation des employé-e-s du réseau de la santé et des services sociaux, sur la durée effective de la loi, sur les fonctions ou les pouvoirs que le ministre pourra enlever aux « nouvelles » régies-agences de développement de réseaux locaux, sur la forme que prendra la participation des citoyennes et des citoyens durant le processus tout autant qu'après, sur les flous entourant les *Réseaux universitaires intégrés de santé* (RUIS) qui visent avant tout à assurer le développement et le financement de la recherche et de l'enseignement, sont autant de risques de dysfonctionnements, d'incompréhension, de résistance, si ce n'est de recul.

Les rédactrices et rédacteurs de ce projet de loi semblent avoir oublié que le succès des changements organisationnels repose davantage sur la collaboration des dispensatrices et dispensateurs de services que sur l'intégration de structures. La plupart des expert-e-s s'acharnent d'ailleurs à dire l'importance de respecter le capital social<sup>21</sup>!

Alors même que les personnes les mieux placées pour déterminer leurs besoins, en termes d'accessibilité et de continuité des soins, sont les membres des communautés locales, alors même que les personnes les mieux placées, pour ajuster les services à la diversité des situations et choisir les moyens pour répondre aux besoins, sont les intervenant-e-s locaux-ales, aucune ligne directrice n'est donnée quant à la consultation des premières, tandis que les dernières sont ignorées.

On répondra que toutes ces personnes seront consultées dans les instances locales après les fusions? Mais, il sera alors trop tard pour témoigner de l'importance qu'elles accordent à la vision sociale de la santé, au développement de véritables milieux de vie dans les CHSLD, à la maîtrise publique du système de santé, au respect des principes de gestion publique, d'intégralité, d'universalité, de transférabilité, et d'accessibilité ou pour revendiquer un peu plus de transparence. Voilà pourtant ce qui risque d'être malmené par la mise en place de nouvelles ententes entre les instances publiques, les groupes communautaires, le secteur de l'économie sociale et surtout les cliniques et les entreprises privées dans le cadre du projet de loi n° 25 qui ouvre la porte à la privatisation et à la sous-traitance.



## Une loi incomplète

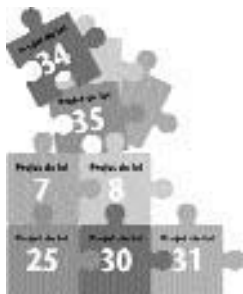
Le projet de loi, donnant l'impression d'avoir été rédigé à toute vapeur en réponse à des préoccupations plus financières que sociosanitaires, est muet sur la liberté des personnes quant au choix de leurs médecins ou du lieu où elles veulent se faire soigner<sup>22</sup>. Par ailleurs, et alors même qu'il est reconnu que la mise en place de véritables réseaux intégrés de services conduit à une modification en profondeur du mode de rémunération des médecins, aucune indication n'est donnée quant au processus auquel la RAMQ et les associations médicales seront conviés. Pas un mot non plus des modes d'organisation de la pratique médicale, de la pratique infirmière et autres.

Ce projet de loi est aussi muet relativement aux autres organisations de l'actuel réseau de la santé et des services sociaux qui sont à portée régionale, mis à part bien sûr les RUIS? Par exemple, quels liens entretiendront les Centres Jeunesse ou la Santé publique avec la première ligne?

Finalement, le projet de loi ne permet pas d'aborder la question de l'allocation et de la distribution des ressources, alors même que le sous-financement, les pénuries et les inégalités d'allocation et de distribution des ressources font actuellement partie non pas des solutions, mais bien des problèmes d'accessibilité et de continuité des services. Ce projet de loi est tout à fait incomplet, car l'organisation du réseau, telle que proposée, mènera inévitablement à une révision des modes de régulation du système de santé (budgétisation, rémunération des médecins) qui sont actuellement établis sur un fonctionnement en silo<sup>23</sup>. La restructuration mise de l'avant par le ministre de la Santé implique l'ensemble des acteurs du système de santé, et la complexité du projet va bien au-delà d'une loi qui, au demeurant, réduit les bouleversements à venir à des fusions administratives et ouvre grande la porte à des ententes de partenariat public-privé.

## Une loi dangereuse

Il est inadmissible pour la FIIQ que dans le contexte de la réingénierie annoncée par le gouvernement libéral de monsieur Charest, le projet de loi ne présente aucun cadre interprétatif faisant appel à des principes (gestion publique, universalité, accessibilité, intégralité, transférabilité), à des valeurs (équité, justice sociale) ou tout au moins à une éthique de la santé. Compte tenu de l'interprétation élastique qu'en donnent les ami-es et conseiller-ère-s du *Conseil du trésor* et du gouvernement<sup>24</sup>, la Fédération convient que l'exercice d'encadrer le projet de loi dans ses principes ou ses valeurs aurait été un exercice périlleux pour le gouvernement. En effet, les principes et valeurs associés au néolibéralisme qu'il prône ne sont pas partagés par la majorité des Québécoises et des Québécois, en avril dernier, pas plus que le gouvernement ne peut prétendre que l'ensemble de ses électrices et électeurs s'y reconnaissent.



Sans principes et sans valeurs clairement énoncés, la concentration des pouvoirs dans les mains du ministre, quant à la composition des conseils d'administration, des modèles d'intégration des services et aux fonctions à être dévolues aux régies régionales-agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, est source d'inquiétude.

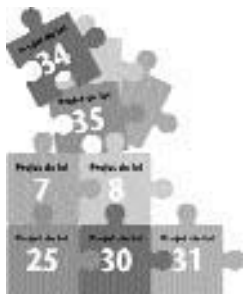
Par ailleurs, dans la perspective où, en mai dernier, le ministre de la Santé et des Services sociaux déclarait devant l'*Association des CLSC et des CHSLD du Québec* que: « L'adhésion inconditionnelle au projet et la croyance profonde au bien-fondé de l'action en réseau seront absolument nécessaires », il est étonnant de constater qu'il suggère aujourd'hui une approche coercitive, et des délais qui défient l'entendement.

Le danger de ce projet de loi vient également du fait qu'on n'y voit aucune référence à la promotion de la santé, au développement communautaire local ou à des interventions visant la diversité des déterminants de la santé. Tout semble concentré sur le volet «cure» et l'hébergement, bref, autour de la maladie, alors même que c'est souvent dans la prévention de la maladie et la promotion de la santé à long terme que réside la santé. Par ailleurs, aucun argent neuf n'est annoncé alors même que la nécessité d'un financement dédié au processus de réseautage est reconnue par les expert-e-s qui se sont penché-e-s sur la question<sup>25</sup>.

De plus, ce projet de loi annonce un déficit démocratique. Des quelques 400 conseils d'administration qui sont actuellement en place dans les établissements de santé et de services sociaux, en restera-t-il une centaine seulement? Ceux-ci sont pourtant les lieux où les intervenant-e-s et surtout les citoyen-e-s peuvent influencer l'organisation du système de santé, en mettant l'accent sur la nécessité de la prévention ou du développement communautaire, en portant haut et fort leurs préoccupations d'assurer un milieu de vie adéquat aux résident-e-s de l'établissement, et en présentant à leurs collègues les préoccupations des groupes de femmes de leur communauté, etc. Or, d'une part, les lieux d'expression démocratique seront-ils réduits advenant l'adoption de ce projet de loi. D'autre part, aucune indication n'est mentionnée sur le processus de sélection des membres des conseils d'administration locaux et régionaux.

### **Une loi pernicieuse**

En tout état de fait, cette loi est pernicieuse en ce que l'objectif qu'elle vise est davantage l'ouverture du réseau, à la privatisation et à la sous-traitance qui n'avaient nullement besoin d'avoir une loi pour prendre vie à la création de réseaux intégrés. Pourtant, cet objectif n'est pas mis en débat; la loi fait comme s'il allait de soi de reconnaître les entreprises privées comme parties prenantes du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Pourtant il s'agit là d'une avancée cruciale. Non seulement les cabinets privés, mais les cliniques médicales, les cliniques de





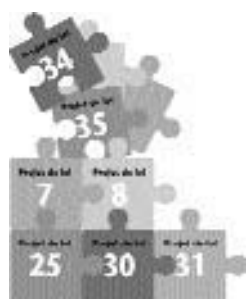
physiothérapie, les cliniques diagnostiques, les pharmacies, les cliniques de soins des pieds, les entreprises privées de ménage à domicile, les agences privées d'infirmières deviendraient des partenaires à part entière du réseau de services intégrés. De là à ce que soient déléguées à ces partenaires des fonctions, des activités, des missions jusqu'à maintenant produites, distribuées, gérées par le système public, il n'y a qu'un pas que la loi facilitera.

Dans un contexte de pression à la désassurance et de projets de mise sur pied d'un système privé parallèle qui jaillissent, dans le respect, dit-on, des lois, dans une interprétation qui les dépouille de tout contenu, le projet de loi n° 25 constitue un levier essentiel. Devant les représentants de l'AHQ, le ministre Couillard déclarait: « Oui au privé en santé, mais uniquement au service de notre réseau public, au moyen de l'achat par exemple de services. » Quelque onze jours plus tard, monsieur Couillard déclarait devant les représentants des CLSC et des CHSLD que « La coordination, dans un secteur comme le nôtre... échappe aux lois du marché ». Deux discours qui trouvent leur conciliation dans le projet de loi n° 25.

C'est dans ce contexte d'intégration du privé au réseau public que le projet de loi n° 31 prend tout son sens : affaiblissement des syndicats, détérioration annoncée des conditions de travail de celles et ceux qui, à l'emploi des sous-traitants, se substitueront aux employé-e-s du secteur public. Les modifications à l'article 45 du *Code du travail* préparent la privatisation du système de santé, alors même que le projet de loi n° 25 met la table aux fusions forcées d'accréditations syndicales et à la décentralisation des négociations prévues dans le projet de loi n° 30. En facilitant les choses en matière de sous-traitance, signe de désengagement de l'État, le projet de loi n° 31 prépare le terrain et met en place les possibilités qui vont lui permettre de délaissier certains secteurs d'activités.

C'est aussi dans le contexte de la mondialisation des échanges que le projet de fusions forcées des établissements trouve toute sa place. À la mesure de leur nouvelle taille, le service des achats des nouveaux établissements fusionnés sera davantage soumis aux accords de commerce et, partant, aux règles applicables aux marchés publics. De même en sera-t-il lorsque les réseaux de services intégrés décideront de privatiser un service ou un ensemble d'activités. Privatisation, perte de contrôle, délocalisation de la production des biens et des services, voilà des lendemains tragiques pour les travailleur-euse-s du Québec.

Constatant que ces projets de lois n°s 25, 30 et 31 sont interdépendants et constituent autant de pièces du casse-tête de la réingénierie dans le réseau de la santé et des services sociaux, constatant également que ces lois s'inscrivent dans le processus de la mondialisation néolibérale, la FIIQ demande aux parlementaires de rejeter le projet de loi n° 25 dont ils et elles ne peuvent débattre démocratiquement, puisque ses véritables visées ne sont pas clairement exposées.



## Un Oui conditionnel à l'intégration des services

---

Le projet de loi n° 25 prévoit la création d'agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, ayant pour mission de mettre en place, sur leur territoire respectif, des réseaux de services intégrés. Le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Philippe Couillard, retient donc l'intégration des services comme piste de solution susceptible de remédier aux dysfonctionnements constatés dans le réseau concernant les services bio-psychosociaux auxquels la population est en droit de s'attendre.

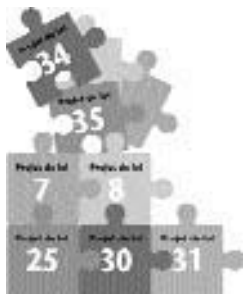
Ce projet de loi représente certes un tournant majeur car il introduit un changement d'orientation du réseau. En effet, alors que ce réseau fonctionnait jusqu'ici, sur une logique d'établissements, le ministre introduit, avec ce projet de loi, une logique de services dans un système structuré sur des établissements. Cette nouvelle logique, confirmée par la volonté ministérielle d'étendre à l'échelle de la province l'implantation de réseaux intégrés de services, entraînerait une restructuration majeure de l'organisation du système de santé actuel si un tel projet de loi était adopté.

Un fort consensus existe, et la FIIQ le partage, quant à la nécessité de mieux articuler la distribution des services offerts à la population mais pas n'importe comment ni à n'importe quel prix.

### **Une stratégie inquiétante**

La stratégie d'intégration retenue par le ministre prévoit le regroupement d'établissements qui offrent les services d'un centre local de services communautaires (CLSC), d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et d'un centre hospitalier (CH), et ce, par le biais de fusions forcées.

Le choix d'une telle stratégie inquiète, et ce, à plus d'un titre. En premier lieu, elle met clairement en évidence que le ministre axe sa réorganisation des services presque exclusivement sur les structures à l'intérieur desquelles devraient s'effectuer les exercices d'intégration de services. Il se montre en effet très transparent quant au cadre d'intégration, en l'occurrence les fusions interétablissements forcées : ce cadre devrait soutenir la coordination attendue entre les intervenant-e-s du réseau (volet structurel). Il est beaucoup plus discret sur la nature des rapports de coopération et des arbitrages nécessaires entre les intervenant-e-s pour la réalisation d'une telle intégration (volet processuel). Pourtant, toutes les expériences d'intégration des services et les recherches en ce domaine démontrent que les structures



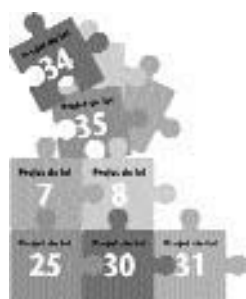
sont accessoires dans la réussite des exercices d'intégration de services et que ce sont bien davantage les processus qui se révèlent cruciaux. Il ressort des expériences d'intégration de services menées à ce jour, que ce n'est pas parce « qu'un mécanisme d'intégration existe sur papier que l'intégration existe sur le terrain [et] inversement, ce n'est pas parce qu'un mécanisme d'intégration n'est pas formalisé qu'il ne produit pas d'effet<sup>26</sup> ».

La FIIQ demeure convaincue que le fait de procéder à l'intégration des services par le biais de fusions forcées ne peut garantir qu'il y aura une amélioration dans la continuité des services, bien au contraire. Cette façon de faire peut même générer un climat de méfiance mutuelle chez le personnel soignant, minant ainsi la volonté et l'intérêt à réaliser l'intégration des services. L'adhésion à un projet d'intégration dépendra bien sûr de la valeur et de la crédibilité d'un tel projet, mais aussi de l'intérêt qu'il suscitera et non pas d'une exigence administrative telle qu'une fusion forcée. Il est reconnu que l'intégration des services repose davantage sur des enjeux humains et cliniques qu'organisationnels et structurels<sup>27</sup>: la Fédération en a la profonde conviction.

Loin de favoriser l'intégration des services, l'imposition de fusions comme mécanisme d'intégration risque de saborder tout projet d'intégration. Les études révèlent que « le recours aux fusions ou intégrations des établissements comme moyen pour favoriser la formation de réseaux de services et atteindre ainsi les effets souhaités risque plutôt d'en retarder l'émergence et la mise en oeuvre<sup>28</sup> ». Il appert en effet, que là où des modes d'intégration des services n'ont pas fait l'objet d'un consensus au moins partiel, la mise en place des réseaux est restée embryonnaire et que les résultats observés se sont révélés moins en conformité avec ceux recherchés, comparé aux endroits où l'exercice s'était fait de façon plus démocratique. De plus, il a été constaté que là où le choix de la formule était venu « d'en haut » (accent sur des fusions juridico-administratives), les transformations de l'organisation de la prestation de services s'étaient effectuées au ralenti ou étaient demeurées inexistantes<sup>29</sup>.

### Un mécanisme controversé

Pour la FIIQ, il est inquiétant que le ministre propose les fusions forcées d'établissements comme mécanisme d'intégration alors qu'il est, parmi ceux existants, celui le plus controversé et le plus critiqué. Pourquoi le ministre opte-t-il pour le mécanisme le plus rigide qui soit, les fusions forcées, alors que d'autres, beaucoup plus flexibles, sont considérés plus efficaces et efficaces? En effet, d'autres mécanismes, formels ou informels, peuvent davantage assurer une meilleure collaboration entre les professionnel-le-s et une meilleure coordination des services tels : des protocoles d'entente de soins et de services, des ententes de coordination, des tables ou des comités de concertation, des programmes conjoints, l'introduction de modes de prestation de soins et de services comme la gestion de cas, le suivi systématique, lesquels font appel à une collaboration interdisci-



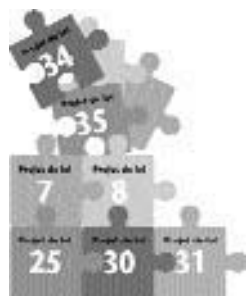
plinaire. Ces mécanismes d'intégration sont réversibles advenant le cas où les effets escomptés ne seraient pas rencontrés et, étant basés sur la participation volontaire des intervenant-e-s, ils sont plus susceptibles d'obtenir leur adhésion. À notre avis, la création de fusions forcées d'établissements ne peut pas et ne doit pas être le passage obligé pour améliorer la synergie dans l'ensemble des services offerts dans le réseau sociosanitaire québécois.

En plus de pécher par l'imposition d'un mécanisme d'intégration, les fusions forcées, le projet de loi n° 25 traite abondamment d'un ensemble de modalités à suivre pour encadrer la création de réseaux de services intégrés sans y inclure les précisions qui, selon la FIIQ, demeurent essentielles pour enclencher et réaliser de tels réseaux. En effet, ce projet reste muet sur un ensemble de conditions essentielles à l'implantation et à la réussite de tels réseaux comme, par exemple, le délai qui sera imparti pour réaliser cette opération d'intégration ou encore les ressources qui y seront attribuées pour ce faire.

Les réseaux de services intégrés sont actuellement considérés comme solution à la fragmentation et à la duplication des services. Mais que connaissons-nous pour le moment de ces réseaux? Les réseaux de services intégrés sont en quelque sorte des réseaux d'organisations interdépendantes et coordonnées tant sur les plans fonctionnel que clinique, réseaux qui sont responsables de la santé d'une population donnée à laquelle est dispensé un continuum de services adaptés aux besoins de cette population<sup>30</sup>.

On sait aussi que, théoriquement, de tels réseaux devraient permettre d'améliorer la santé et le bien-être de la population, de renforcer la première ligne, d'élargir l'accès aux soins et aux services, de soutenir l'intégration des soins et des services, de favoriser une gestion efficace et efficiente (de la main-d'œuvre, des ressources financières, du parc immobilier et des équipements), de mieux contribuer localement et régionalement à l'atteinte d'objectifs nationaux de santé, de respecter et prendre en compte les besoins et spécificités des communautés locales (langue, religion...)<sup>31</sup>.

On sait également que des réseaux intégrés existent actuellement : l'état d'avancement est toutefois variable selon les régions et les programmes mais plusieurs seraient à un stade embryonnaire ou peu avancé<sup>32</sup>. Concrètement, le suivi des expérimentations de ces réseaux révèle des résultats mitigés pour le moment; cela ne semble pas cependant être dû à la valeur même de ce modèle mais davantage à sa complexité d'implantation. La difficulté de bien comprendre le sens de l'intégration recherchée, de bien saisir le nouvel environnement, le manque de formation du personnel, la peur de perdre du contrôle, le manque d'information sur les populations concernées, l'absence ou le manque de systèmes d'information, l'insuffisance de soutien financier ou encore, une conjoncture peu propice à un tel exercice expliqueraient ces résultats plus ou moins probants.



Par ailleurs, malgré la profusion d'analyses et d'études sur les réseaux intégrés, les modalités de structuration des réseaux en fonction des contextes ainsi que leur capacité de bien répondre aux besoins commandent des études plus poussées<sup>33</sup>. À l'heure actuelle, il est certes prématuré de considérer les réseaux intégrés comme une panacée aux dysfonctionnements qu'accuse le réseau sociosanitaire québécois, ces derniers étant multifactoriels.

### **Des conditions essentielles**

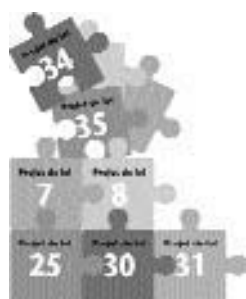
Les réserves que la FIIQ soulève ne portent pas sur ce qu'elle connaît de ces réseaux ni sur la valeur d'un tel mode d'intégration, mais sur l'absence de garanties mêmes minimales, dans ce projet de loi, pour assurer leur réussite. Cette réussite ne peut en effet, se réaliser que par la combinaison de conditions à satisfaire auxquelles les décideurs du réseau ne peuvent se soustraire. Ces conditions sont notamment la liberté dans le choix du mécanisme d'intégration, l'implication des professionnel-le-s du réseau, le développement de nouvelles compétences, le partage de l'information supporté notamment par des systèmes informatisés, l'allocation d'un financement transitoire, une période de temps adéquate accordée à cet exercice d'intégration, la présence d'une conjoncture propice et, finalement, l'implication et l'adhésion des infirmières dans ce processus.

- **Première condition :  
la liberté de choix d'un mécanisme d'intégration**

Les modèles d'organisation privilégiés dans les expériences de réseaux de services intégrés présentement en cours dans le réseau, varient d'une région à l'autre et semblent être fonction de particularités régionales telles que la densité de la population, l'étendue du territoire à couvrir, la disponibilité historique des services, la localisation géographique (milieu rural ou urbain, proximité ou non avec les pôles urbains).

Jusqu'ici, les choix des stratégies d'intégration se sont faits en fonction des contextes géographique, sociopolitique, démographique et historique prévalant au sein de chaque région<sup>34</sup>. En raison des disparités régionales et locales, il est impératif que chaque territoire, chaque entité locale ait le pouvoir d'opter pour une stratégie d'intégration adaptée à sa réalité. Une latitude certaine s'impose donc.

Au Québec, de 1996 à 2001, le nombre d'établissements poursuivant la double mission de CLSC et de CHSLD et qui ont fusionné est passé de 14 à 47 (MSSS 2001). Si ces fusions regroupant des établissements de missions différentes mais de taille réduite et comparable ont, semble-t-il, suscité peu d'opposition<sup>36</sup>, il en va autrement pour d'autres



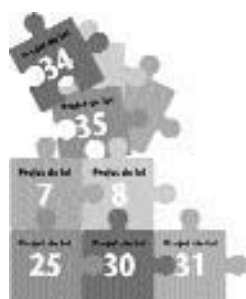
expériences où on a voulu fusionner un CLSC avec un centre hospitalier; les directions et le personnel des CLSC craignent, et avec raison, que de telles fusions nuisent à la mission préventive des CLSC<sup>37</sup>. La FIIQ aussi y voit là une menace réelle et partage une telle inquiétude.

L'expérience de fusions d'établissements démontre que les « foyers d'opposition risquent de se concentrer dans les plus petits établissements puisque ce sont eux qui font généralement les frais des transformations. D'une part, leur poids politique est généralement moindre, leur personnel étant moins nombreux et leurs ressources plus limitées; d'autre part, il apparaît plus rationnel d'adapter les pratiques d'une minorité à celles d'une majorité que l'inverse<sup>38</sup>. » Loin d'amener une meilleure intégration et coordination des services, les regroupements tripartites (CH – CLSC – CHSLD) imposés comme le prévoit le projet de loi n° 25, risqueraient de miner toute volonté de s'inscrire dans une démarche d'intégration de services. Les résultats d'études sur cette question ont en effet démontré que lorsque la survie ou l'autonomie des établissements « sont perçues comme menacées par l'obtention des effets escomptés des réseaux de services, [ils] montrent une tendance à se replier sur leur identité corporative et à privilégier des stratégies servant leurs propres intérêts<sup>39</sup>. » Cette approche gouvernementale hospitalo-centriste est difficile à justifier alors que les expert-e-s en la matière prévoient que dans l'avenir, 70 % des soins de santé se donneront hors des murs de l'hôpital.

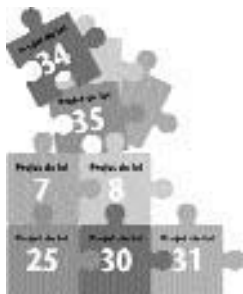
L'intégration des services peut prendre appui sur des accords non formalisés ou sur des protocoles, des ententes, des coentreprises dans le respect de la volonté des parties. Il s'agit alors de participation volontaire et partant réversible et limitée aux activités mises en commun. Dans un contexte d'expérimentation d'un modèle organisationnel qui n'a toujours pas fait ses preuves, les approches qui permettent une autonomie et un respect des missions des établissements constituent des voies à privilégier. Encore faut-il ne pas se placer dans une perspective de réingénierie visant à faire table rase d'un réseau<sup>40</sup> qui durant de nombreuses années et avant les compressions budgétaires draconiennes, a su s'adapter à l'évolution des besoins de la population. Pour la FIIQ, il est essentiel que l'organisation de réseaux de services intégrés demeure sur une base volontaire et que les établissements maintiennent leur existence juridique si tel est leur choix.

- **Deuxième condition :  
l'implication des professionnel-le-s du réseau**

L'intégration des services dépend de celles et ceux qui sont sur le terrain puisque ce sont elles et eux qui réalisent ou non cette intégration; ce sont les artisan-e-s des transformations. Même si à l'heure actuelle, on sait peu de choses au sujet des raisons et des conditions susceptibles d'inciter des collègues d'une même organisation à s'associer ensemble ou



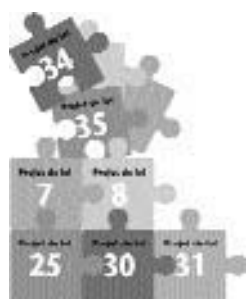
encore avec ceux et celles d'autres organisations ou d'autres professions afin d'offrir des services adéquats et continus aux personnes qui les requièrent<sup>41</sup>, un fait demeure : l'engagement des professionnel-le-s du réseau dans un projet d'intégration de services est une condition essentielle à l'établissement d'un partenariat solide et durable. Les effets escomptés des réseaux de services intégrés vont se matérialiser dans la mesure où ils seront associés à l'apport de modifications aux pratiques professionnelles. Dans les expériences menées auprès de réseaux intégrés, les consensus professionnels ainsi que les pratiques professionnelles qui prévalaient se sont révélés déterminants tant sur la forme que sur le degré de développement de ces réseaux<sup>42</sup>. Le fait que les praticien-ne-s de différentes professions, de différentes catégories de personnel, de différents milieux ne partagent pas toujours les mêmes valeurs, les mêmes pratiques, les mêmes routines de travail rend ardues ces consensus et les pratiques essentielles à la coordination des services, car cela repose sur la confiance:



..... « Un enjeu central de l'engagement des professionnels à modifier leurs pratiques est la confiance qu'ils manifestent à l'endroit des professionnels des autres organisations. [...]. Il demeure que l'établissement de nouvelles relations de confiance est essentiel à l'obtention des nouveaux consensus professionnels requis (nouveaux ordres négociés) et que la légitimité et l'efficacité des dispositifs de liaison (protocoles, ententes informelles, etc.) découlent directement du degré de confiance atteint dans la genèse de nouveaux consensus cliniques (LAMARCHE et al., (2001, 2002)<sup>43</sup>. »

● **Troisième condition :**  
**le développement de compétences particulières**

La formation représente un instrument essentiel pour permettre aux professionnel-le-s du réseau d'adhérer et de prendre une part active au changement. « Tant les gestionnaires que les professionnels sont plus ou moins préparés au mode de fonctionnement en réseau, étant donné les exigences d'échanges et de collaboration qui y sont sous-tendues<sup>44</sup>. » De la formation sur le partenariat, sur la collaboration, sur la participation, sur la coordination, sur l'interdisciplinarité est nécessaire pour développer une compréhension commune du sens, de la portée, des exigences et des enjeux d'une véritable intégration de services. Une formation de plus en plus interorganisationnelle et interdisciplinaire encouragerait, semble-t-il, les échanges, la communication et le soutien entre les intervenant-e-s<sup>45</sup>.



- **Quatrième condition :  
le développement et le partage d'information**

L'intégration des services repose sur la qualité de la liaison inter-professionnelle et interorganisationnelle. Il est nécessaire de doter les établissements du réseau des meilleurs outils de communication possible tant pour permettre aux intervenant-e-s de collaborer ensemble au sein des réseaux de services que pour éviter également des chevauchements d'intervention ou des doublages d'activités.

L'amélioration de l'informatisation des communications participerait certes à une meilleure coordination des services. Actuellement, l'intégration des dossiers cliniques informatisés ne se fait pas au même rythme dans tous les établissements : ceci constitue un frein à l'interdisciplinarité et génère un bris dans la continuité des services. Par ailleurs, certaines régions déplorent que toutes les données nécessaires à la mise en place de réseaux intégrés ne soient pas disponibles pour le moment. À ce sujet, l'une d'elles signalait récemment que « l'exercice de confection du portrait régional comprenant l'état de santé, l'offre de services et les modes d'organisation et de gouvernance [révélaient] de nombreuses limites au plan informationnel » d'où la nécessité d'améliorer sa « capacité informationnelle visant à mieux connaître et à mieux comprendre pour mieux agir et s'assurer d'une bonne performance du système<sup>46</sup> ».

L'instauration de systèmes de mécanismes formels d'information adéquats est indispensable pour l'intégration des services mais leur utilisation dépend de leur utilité appréciée par chacun-e des intervenant-e-s; cette utilité et cette appréciation reposent évidemment sur la validité des informations véhiculées par les systèmes. Il importe de préciser toutefois que les échanges d'information entre les intervenant-e-s du réseau ne sont pas garantis par le seul fait d'instaurer ou d'ajouter des systèmes d'information; ces derniers, cependant, peuvent favoriser ces échanges et l'acquisition de nouvelles connaissances s'ils s'appuient sur des relations de confiance préalablement établies entre les intervenant-e-s<sup>47</sup>.

- **Cinquième condition :  
l'allocation d'un financement transitoire**

Actuellement, le sous-financement chronique de programmes dans certaines régions compromettrait sérieusement l'introduction de mesures de réseautage et d'intégration des services<sup>48</sup>. Le présent contexte caractérisé par d'importantes contraintes organisationnelles et financières semble peu propice à l'allocation de ressources financières transitoires pour soutenir les établissements dans les exercices d'intégration des services qu'ils se proposeraient d'enclencher.

L'intégration des services nécessite souvent une diversification des ressources, des services et des lieux d'intervention ainsi que l'intro-



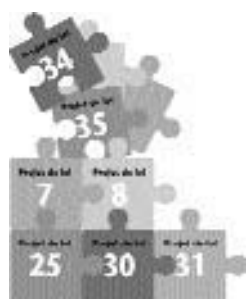
duction de changements significatifs dans les pratiques professionnelles : cela engendre des coûts et commande l'injection de sommes d'argent suffisantes. D'autres fonds vont aussi être requis pour assurer la formation du personnel, intensifier les échanges d'expertises et développer des systèmes d'information. Il importe donc d'assurer un financement adéquat pendant la période de transition pour supporter les changements nécessaires à la réalisation de l'intégration des services.

- **Sixième condition :  
une période de temps suffisamment longue**

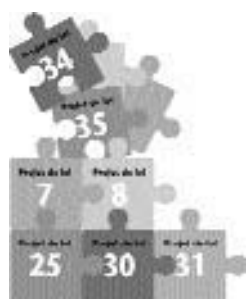
Le temps est un facteur important pour réussir l'intégration de services. Le fait de disposer d'une période de temps suffisante ne peut que favoriser la survenance des changements souhaités. L'introduction de mécanismes d'intégration des services n'est pas une sinécure : c'est un exercice long, difficile, exigeant, qui implique que les pratiques des intervenant-e-s changent et que les relations entre les organisations se transforment<sup>49</sup>.

Pour arriver à ce que les personnes travaillent et collaborent ensemble, cela commande des ajustements à l'organisation du travail. Il faut apporter des modifications dans les façons de faire et de travailler au quotidien auprès des clientèles<sup>50</sup>, développer la confiance mutuelle : ce processus exige du temps. D'autres processus associés à la réussite de l'intégration des services exigent du temps : le partage d'une même vision relativement aux valeurs, aux approches et aux orientations à privilégier, le développement d'une culture propre au réseau de services, la création de nouvelles alliances, l'apprentissage de nouvelles façons de faire, le développement d'outils communs et de protocoles de soins et de services, etc.

Au cours des dernières années, le mécanisme de coordination des services géro-nto-gériatriques des Bois-Francis a souvent été cité en exemple comme un modèle de réussite d'intégration des services. Ce mécanisme a vu le jour officiellement en février 1997 (quoique la réflexion ait débuté en 1994-1995) et le rapport final de cette expérience a été présenté en avril 2001. Le rapport indiquait très clairement qu'il était essentiel de comprendre l'importance du temps dans la réussite de l'implantation de ce mécanisme, qu'il fallait du temps pour faire un bon diagnostic organisationnel, pour discuter du modèle, pour en partager les forces, en défendre les intérêts et, finalement, pour s'approprier entre partenaires<sup>51</sup>.







soins ambulatoires et la complexification des soins ont eu pour conséquences d'accroître le fardeau de tâche du personnel et d'engendrer un problème important d'essoufflement professionnel<sup>54</sup>. »

« Les multiples recompositions des équipes et la surcharge de travail entraînée par le manque d'expérience des nouvelles infirmières a rendu difficile la reconstitution de la solidarité d'équipe. Les différences de culture de travail, de niveaux de qualifications, de statuts d'emploi et de routines de travail ont provoqué un sentiment de perte d'identité et mis en échec le rapport au travail et fragilisé l'état de bien-être des infirmières.

« La restructuration du réseau de la santé, tout en créant un déséquilibre dans les conditions qui prévalaient avant sa mise en place, a provoqué une dissonance dans les préoccupations professionnelles des infirmières, ces dernières considérant que la qualité de leur travail a été affectée par l'alourdissement des tâches et la hausse de la charge de travail. Les infirmières ont exprimé avoir perdu le sens de leur travail, vivre une opposition entre la prestation de soins physiques et la relation d'aide auprès des patients; elles avouent également se sentir démobilisées et essouffées, une situation qui s'est traduite, pour une bonne partie d'entre elles, par un niveau de détresse psychologique élevé<sup>55</sup>. »

Les changements structurels importants survenus dans le réseau québécois de la santé depuis 1995 ont donc eu des impacts majeurs sur la dynamique de travail des infirmières et sur leur santé. Si l'on ajoute à cela les rationalisations du réseau sociosanitaire, les compressions budgétaires, les changements dans les pratiques professionnelles et institutionnelles, le vieillissement de la population générateur de nouveaux besoins en soins et en services, les départs massifs à la retraite et la pénurie chronique d'infirmières<sup>56</sup>, il n'y a rien de surprenant dans le fait que près de la moitié des infirmières se disent actuellement insatisfaites de leurs conditions de travail et de vie au travail. Un taux d'insatisfaction aussi élevé demeure fort préoccupant en soi et aussi pour la réussite de l'implantation de réseaux de services intégrés<sup>57</sup>.

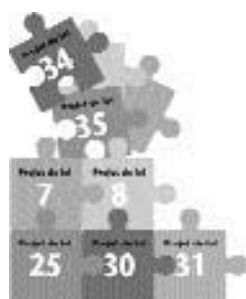
Si le passé est garant de l'avenir, pourrait-on reprocher aux infirmières ou trouver exagéré, advenant le cas où elles se montreraient réfractaires à tout projet d'intégration des services, d'exiger d'obtenir au préalable l'assurance que celui-ci s'accompagnera des conditions essentielles à la réussite d'une telle intégration?

Les infirmières exercent un rôle fondamental dans le système de santé; on les retrouve dans tous les types d'établissements et dans la quasi-totalité des secteurs d'activité du réseau de la santé et des services sociaux. En raison de leur position de pivot, les infirmières sont là pour accompagner le-la bénéficiaire tout au long de ses expériences de santé, quelles que soient

les étapes de sa vie. Elles jouent un rôle clé dans la promotion, le maintien et le recouvrement de la santé des bénéficiaires de tous les âges. Elles constituent près de 25 % de l'effectif du réseau de la santé<sup>58</sup>. Les infirmières représentent donc une main-d'œuvre importante quantitativement et qualitativement. Toutes et tous leur reconnaissent un rôle central dans l'atteinte d'une intégration de services réussie. Comme le soulignait récemment, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre :

- « Un des enjeux les plus importants pour assurer des services intégrés et continus aux personnes sera la qualité de la liaison qui s'établira entre les infirmières de CLSC basées à plein temps au sein des GME, les infirmières à l'accueil et à la coordination des programmes visant les clientèles vulnérables dans les CLSC et les infirmières de liaison dans les hôpitaux<sup>59</sup> ».

La réussite de la réorganisation du réseau des services de santé et des services sociaux offerts à la population ne sera possible qu'avec l'adhésion et l'implication réelle et véritable des infirmières à cette réorganisation. Pour ce, il sera nécessaire d'améliorer leurs conditions de travail et de vie au travail, de leur assurer que toutes les conditions essentielles à la réussite d'une intégration de services, notamment celles présentées dans ce document, seront rencontrées. Ces préalables sont incontournables.



### **Non au projet de loi no 25**

Certains expert-e-s se demandent si la multiplication des réseaux intégrés pourrait éventuellement conduire à la désintégration du système de santé; ils se demandent aussi si ces réseaux seraient nécessaires si la première ligne était bien organisée, c'est-à-dire si les responsabilités d'une population d'un territoire donné, étaient confiées à la première ligne et si les corridors de service qui relient les première, deuxième et troisième lignes étaient fonctionnels et bien structurés<sup>60</sup>. Il est peut-être trop tôt pour pouvoir répondre à ces questions mais, cependant, une certitude demeure : la réorganisation du réseau telle que proposée dans le projet de loi n° 25 ne recèle aucun des ingrédients que nous considérons essentiels pour réduire le scepticisme et les inquiétudes engendrés par ce projet de loi. C'est pourquoi la Fédération s'oppose avec véhémence à l'adoption de ce projet de loi inutile, hasardeux, incomplet, dangereux et pernicieux qui ne contient aucune des conditions nécessaires à la réussite de l'intégration des services.

## Le projet de loi 30 : une atteinte à la liberté d'association et un déséquilibre dans les rapports collectifs

---

### Le projet de loi 30 : une atteinte à la liberté d'association

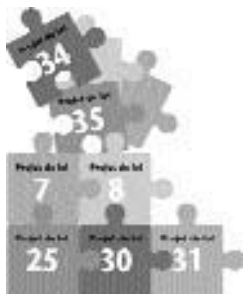
La réforme du régime de représentation syndicale et du régime de négociation applicables aux associations de salarié-e-s du secteur des affaires sociales<sup>61</sup> ainsi que les modifications relatives à la transmission d'obligations lors de cessions partielles d'entreprises<sup>62</sup> soulèvent de vives inquiétudes chez les syndicats affiliés à la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec.

Pour la Fédération, les nouvelles règles en matière d'accréditation énoncées dans la section II du projet de loi n° 30 visent essentiellement à modifier les structures syndicales par la création de nouvelles unités de négociation et par la fusion forcée des accréditations existantes.

En décidant unilatéralement de la composition des unités de négociation dans le secteur de la santé, le gouvernement s'attaque aux cultures syndicales qui misent d'abord et avant tout sur la volonté des salarié-e-s de former leur propre unité en fonction de leur communauté d'intérêts. Les facteurs de détermination de l'unité appropriée, telles l'exclusivité des tâches exercées, la spécialisation, la formation requise, les normes de la profession et l'existence d'une structure syndicale permettant la viabilité de la négociation et l'application de la convention collective, sont remplacés par des titres d'emploi préétablis et regroupés en catégories de personnel.

En limitant arbitrairement la portée des unités ainsi constituées, le gouvernement ne tient aucunement compte du caractère évolutif de la profession d'infirmière et des pratiques professionnelles qui entraîneront l'apparition de nouveaux rôles, de nouvelles fonctions, de nouvelles tâches et éventuellement la création de nouveaux titres d'emploi. Pourtant, le ministre de la Santé, monsieur Philippe Couillard, annonçait, le 5 novembre dernier, un programme de 9 millions de dollars pour favoriser le développement de la profession d'infirmière praticienne au Québec<sup>63</sup>, un titre d'emploi qui n'apparaît nulle part dans le projet de loi n° 30.

En limitant arbitrairement le nombre d'associations accréditées pour représenter les salarié-e-s d'une unité de négociation à une seule par établissement, le gouvernement s'attaque aux structures syndicales qui résultent de choix historiques et de la volonté des salarié-e-s. Non seulement, porte-t-il directement atteinte à la liberté d'association des salarié-e-s du réseau de la





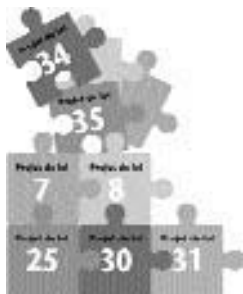
La Fédération a toujours collaboré à la mise en place de conditions favorables à la cohabitation pacifique des différentes unités de négociation qu'elle représente et a facilité, par la négociation d'ententes, les fusions d'accréditations lorsque telle était la volonté manifeste de ses membres.

Les mesures, aujourd'hui mises de l'avant par le gouvernement, viennent annihiler le droit fondamental des salarié-e-s d'appartenir à l'association représentative de leur choix<sup>66</sup>. La Fédération s'oppose donc fermement à toute fusion forcée des unités de négociation qui, dans certains cas, pourrait même entraîner la disparition d'associations de salarié-e-s pourtant reconnues depuis de nombreuses années.

Par ailleurs, le gouvernement prétend que le projet de loi n° 30 soutiendrait la mise en place de véritables réseaux intégrés de services. Pourtant, le réseau de la santé québécois compte déjà une quarantaine d'établissements fusionnés ou intégrés sans que de telles transformations aient justifié la fusion des accréditations existantes. De plus, la souplesse apportée à certaines dispositions du *Code du travail* en 2001 permet déjà aux parties de disposer des conséquences résultant des réorganisations en privilégiant la négociation et en accordant plus de pouvoirs à la *Commission des relations de travail* pour trancher toute question relative à l'application de l'article 45<sup>67</sup>.

La Fédération prétend que les fusions d'accréditations à l'intérieur des réseaux locaux de services<sup>68</sup> et surtout la fusion des listes d'ancienneté entraîneraient certainement de nombreux impacts sur les dispositions des conventions collectives tels l'accessibilité à certains postes, la procédure de mise à pied, l'octroi des remplacements. Elles laissent également présager une augmentation des mouvements de main-d'œuvre et une plus grande mobilité du personnel entre les différents sites et missions des nouveaux établissements. Mais cette mobilité pourrait peut-être ne pas s'appliquer qu'à l'avantage des employeurs. Les infirmières qui œuvrent dans des centres d'activités ou encore sur des quarts de travail moins attractifs pourraient migrer vers des postes comportant de meilleurs avantages, par exemple sur un poste d'un autre quart de travail ou encore sur un poste dans un autre site. La Fédération craint donc que ces mouvements de main-d'œuvre ne viennent accroître la pénurie d'infirmières dans des secteurs où la charge de travail est beaucoup trop lourde, comme dans les CHSLD<sup>69</sup>, ou encore sur les quarts de soir et de nuit.

Le gouvernement ne semble pas tellement se préoccuper de la façon dont serait établie la liste d'ancienneté de l'établissement fusionné. Pourtant, le *Code du travail*, à son article 46, prévoit que la CRT doit aussi déterminer les règles d'intégration des listes d'ancienneté lors de la fusion d'unités d'accréditation. L'absence de telles dispositions au projet de loi n° 30 démontre bien l'empressement du ministre à procéder à ces fusions sans prendre en considération les bouleversements que vivront les salarié-e-s du réseau de la santé.



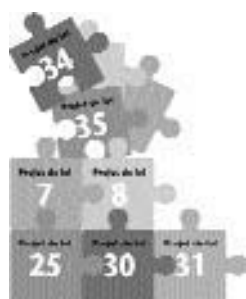
La Fédération appréhende également que les changements structurels annoncés perturbent l'environnement de travail et altèrent la dynamique de travail des intervenant-e-s. Fort probablement que l'incertitude s'installera et que surgira des effets négatifs sur les équipes de travail, telles la détérioration du climat de travail, l'insatisfaction au travail, la morosité, la démobilisation et l'augmentation de la détresse psychologique. Cela risquent d'accentuer encore davantage la pénurie d'infirmières en provoquant des départs anticipés, des absences maladie, des abandons de la profession<sup>70</sup>. Pensons seulement aux résultats désastreux de la vaste restructuration du réseau de la santé du milieu des années 1990 qui ont affecté près de 10 000 infirmières lesquels se sont répercutés négativement sur l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre infirmière.

### Des règles inappropriées

Il revient à l'association de salarié-e-s de proposer la description du groupe de salarié-e-s qu'elle veut représenter. Le *Code du travail* étant silencieux quant à la description d'une unité de négociation<sup>71</sup>, les tribunaux reconnaissent, pour la formation de groupes distincts, les choix exercés historiquement par les salarié-e-s. La communauté d'intérêts, la nature des fonctions exercées, les qualifications requises, l'étendue du territoire géographique sont autant de critères sacrifiés pour faire place aux catégories de personnel dictées par le législateur au détriment de la volonté des salarié-e-s.

Par surcroît, l'énumération très limitée et incomplète des titres d'emploi de la catégorie du personnel infirmier fait en sorte que des salarié-e-s qui occupent actuellement des emplois d'infirmière, comme les externes en soins infirmiers<sup>72</sup> et les spécialistes en évaluation des soins ou encore les infirmières spécialistes en activités cliniques<sup>73</sup>, ne seraient pas comprises dans l'unité de négociation des infirmières. Quant à celles qui seraient appelées éventuellement à occuper des postes dans des titres d'emploi nouvellement créés, elles auraient difficilement accès à la syndicalisation, et ce, même si elles exerçaient des fonctions couvertes par la portée intentionnelle de l'unité.

La transformation qui sera occasionnée par la mise en place, le cas échéant, des réseaux locaux de services, conjuguée au développement constant de la profession infirmière, commanderait la création de nouveaux titres d'emploi dans la catégorie du personnel infirmier. Toutefois, la reconnaissance, à l'échelle nationale, de la validité de tout nouveau titre d'emploi comme condition préalable à l'exercice des pouvoirs par la *Commission des relations de travail* de statuer sur la catégorie de personnel à laquelle se rattache ce titre d'emploi<sup>74</sup>, alourdirait inutilement le processus décisionnel déjà prévu au *Code du travail*<sup>75</sup> et impliquerait des délais indus pour les salarié-e-s concernées. À défaut d'entente nationale, certains nouveaux titres d'emploi pourraient ne jamais être couverts par la catégorie du personnel infirmier, ce qui priverait les titulaires de ces postes





d'être comprises dans l'unité de négociation des infirmières et pire encore, elles pourraient se voir privées du statut de syndiqué-e-s.

### Une attaque aux organisations syndicales

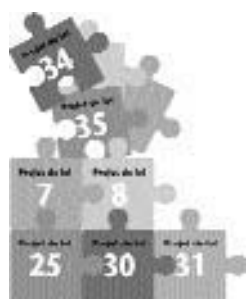
Dictée par la montée du néolibéralisme, le projet de loi n° 30 s'attaque au droit à la syndicalisation et vise à réduire le taux de syndicalisation, plus élevé au Québec qu'ailleurs au Canada et aux États-Unis.

L'accès à la syndicalisation s'inscrit comme une mesure permettant de contrer la pauvreté en réduisant les inégalités. Une étude de Richard Chaykowsky confirme que le taux plus élevé de syndicalisation au Canada par rapport aux États-Unis a contribué à réduire les inégalités et à permettre une distribution plus équitable des revenus. Cette étude démontre que les syndicats exercent une influence sur les enjeux économiques et sociaux et qu'ils sont, entre autres, d'importants facteurs qui aident à niveler les inégalités entre les riches et les pauvres<sup>77</sup>.

La Fédération ayant choisi de participer au renforcement des solidarités sociales et de combattre toute loi qui constituerait une menace à la liberté syndicale, s'oppose également aux projets de loi n° 7 et n° 8<sup>78</sup>. Elle est d'avis que l'objectif poursuivi par le gouvernement conduit vers la négation du droit à la syndicalisation et vers l'appauvrissement des travailleuses oeuvrant comme ressources intermédiaires ou de type familial ainsi qu'à celles des services de garde en milieu familial. La FIIQ souhaite que le gouvernement facilite l'accès à la syndicalisation pour l'ensemble des travailleuses et des travailleurs et plus particulièrement, pour l'ensemble des femmes.

De la même façon, la Fédération se méfie des effets pervers que risque d'entraîner l'adoption du projet de loi n° 31. Les amendements proposés à l'article 45 du *Code du travail* causeraient inévitablement une difficulté supplémentaire aux associations visées par une concession partielle d'entreprise, soit celle de négocier une nouvelle convention collective. En annulant l'application de la convention collective encore en vigueur et dont la durée avait pourtant été acceptée par les parties, l'association de salariées doit entreprendre une nouvelle négociation dans un délai très court en plus de se réorganiser afin de pallier les conséquences imprévisibles d'une concession partielle d'entreprise.

De plus, les nouvelles règles relatives à la détermination des unités de négociation à la suite d'une intégration d'activités, d'une fusion d'établissements ou d'une cession partielle d'activités prévoyant la participation au vote des salarié-e-s non syndiqué-e-s, lorsqu'il-elle-s représentent 40 % de la nouvelle unité, menacent non seulement la survie de ou des accréditations en place, mais pourraient conduire à la désyndicalisation de toute une catégorie de personnel<sup>79</sup>. Pour la Fédération, il est fondamental que la règle voulant que toute unité de négociation s'étende aux salarié-e-s actuel-le-s et futur-e-s, soit maintenue.



Enfin, l'ajout au projet de loi n° 30, d'un nouveau motif de révocation d'accréditation lorsqu'une association n'a pas déposé de requête dans le délai imparti, confirme encore une fois la volonté du gouvernement de réduire le taux de syndicalisation au Québec.

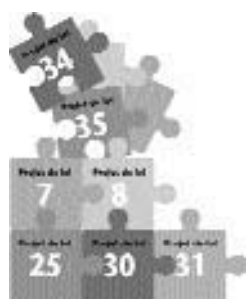
### **Une attaque à la vie syndicale**

Les limites imposées par le projet de loi n° 30 quant aux nombres d'unités de négociation conjuguées à la réalité des nouveaux établissements issus du projet de loi n° 25, créeront des impacts négatifs sur la vie syndicale. La Fédération anticipe des problèmes de fonctionnement au niveau local puisqu'une seule association devra dorénavant représenter toutes les infirmières chez un même employeur offrant différents services (CH – CLSC – CHSLD), dans des lieux physiques distincts et dispersés parfois sur un vaste territoire géographique.

Le projet de loi n° 30 prévoit que les conditions de travail (conventions et arrangements locaux propres à chaque unité) seraient préservées jusqu'à la conclusion de la négociation locale<sup>81</sup>, ainsi les membres de la nouvelle équipe locale devraient interpréter et appliquer des clauses différentes, avec lesquelles elles ne seraient pas toujours familières, clauses qui pourraient même entrer en contradiction entre elles. Il est facile de prévoir que la première année de vie de ce syndicat, né d'une fusion forcée, serait remplie d'embûches qui seraient chacune source de déchirements et de divisions. Toutes les matières à gérer dans une si courte période de temps affecteraient inévitablement la capacité d'intervention des nouvelles associations et conduiraient à l'affaiblissement de leur pouvoir de représentation.

En effet, aussitôt accréditée, l'association serait happée par la négociation de la première convention collective locale tout en s'efforçant d'unifier son membership autour d'un projet commun. Bousculée dans le temps, l'association nouvellement accréditée devrait se réorganiser, réviser ses statuts et règlements, élire ses représentantes, mettre en place une structure décisionnelle pour l'élaboration et la négociation de la première convention collective locale. La vocation antérieure des établissements, les cultures syndicales, les particularités de chaque convention sont autant de facteurs qui rendraient plus complexe la préparation du premier projet de convention.

Lors de la ronde de négociation de 1989, la Fédération a eu à relever un tel défi d'harmonisation. Bien que ces discussions ont eu lieu dans un contexte de cohabitation volontaire et de bonne entente, il s'est agi d'un exercice très ardu, nécessitant de longues heures de débats. Le projet de loi n° 30 imposerait, advenant son adoption, de tels débats dans tous les établissements fusionnés. Pendant que se dérouleraient ces débats entre salarié-e-s, ces dernier-ère-s ne pourraient discuter et proposer des solutions adéquates pour la mise en œuvre de ces réseaux locaux de services. L'employeur se verrait donc privé de l'expertise des salarié-e-s pour



bâtir son réseau, à moins que ce ne soit là l'objectif non avoué du gouvernement.

La FIIQ évalue que dès la mise sur pied d'un réseau local de services de santé, le nouvel employeur disposerait de tous les outils nécessaires à la réorganisation du travail dans son établissement. Il pourrait donc, à loisir, procéder à diverses analyses, établir ses positions et préparer des propositions en vue de la première négociation collective locale.

La FIIQ ne peut passer sous silence le fait que le régime de libérations syndicales avec solde serait aussi durement éprouvé par la réduction du nombre d'unités d'accréditation. En effet, les conventions collectives actuelles prévoient que chaque unité d'accréditation bénéficie de libérations syndicales avec solde, calculées en fonction du nombre de salarié-e-s comprises dans l'unité d'accréditation. Par la fusion de celles-ci, le nombre de libérations syndicales avec solde serait réduit de façon draconienne. Ici aussi, le gouvernement cherche, en privant le syndicat de moyens, à réduire sa présence et à nier l'importance de son rôle au sein de l'établissement.

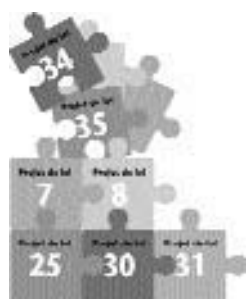
Pourtant nombreux sont les employeurs qui reconnaissent que le rôle et la place du syndicat sont fondamentaux dans le maintien de bonnes relations de travail. Prenons pour exemple l'application de la loi 72 (*Loi concernant la prestation des services de soins infirmiers et des services pharmaceutiques*) lors de la grève en 1999, où des employeurs ont passé outre à la disposition de la loi prévoyant la suspension des libérations syndicales avec solde, car pour eux le syndicat était et est toujours un partenaire important, voire incontournable.

Finalement, alors que les conventions collectives actuelles prévoient que l'employeur doit libérer avec solde trois salarié-e-s aux fins de négociation des arrangements locaux, pour la future négociation locale, dont les sujets et enjeux seraient encore plus importants, le projet de loi n° 30 reste muet sur cette question.

### **Un accroc à la démocratie**

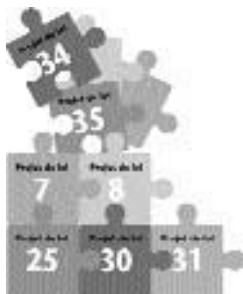
Le projet de loi n° 30 ne tient pas compte des règles usuelles concernant la vérification du caractère représentatif de l'association permettant de décider de l'octroi de l'accréditation. Actuellement, pour être accréditée, une association doit obtenir l'adhésion de la majorité absolue des salarié-e-s comprises dans l'unité de négociation, et ce, qu'il y ait une ou plusieurs associations requérantes<sup>83</sup>.

L'introduction d'une nouvelle règle basée sur le plus grand nombre de voix, ne permet pas l'expression d'une véritable démocratie et risque, dans certains cas, de faire en sorte qu'une association pourrait obtenir l'accréditation sans avoir obtenu la majorité absolue des voix des salariées du groupe visé. La Fédération, étant une organisation dont les structures et le fonctionnement reposent sur l'application de principes et



de règles démocratiques, rejette évidemment cette approche. De plus, de tels résultats provoqueraient une instabilité syndicale pour l'association qui doit remplir ses obligations de représentation sans pouvoir bénéficier d'un véritable appui et de la cohésion d'une grande partie de ses membres

Ne pouvant cautionner ces nouvelles règles qui menacent l'existence, l'efficacité et le développement du régime syndical dans le réseau de la santé, la Fédération réitère son opposition à toute forme de fusion forcée d'unités d'accréditation, ce qui constituerait sans contredit un recul dans les droits syndicaux fondamentaux pourtant historiquement reconnus<sup>84</sup> et qui ont toujours de plus en plus leur raison d'être. La Fédération souhaite donc que le gouvernement préserve intégralement le droit pour tout-e salarié-e de choisir librement l'association qui le-la représentera. Les infirmières ont fait ce choix et la Fédération insiste pour qu'il soit respecté.



## La loi 30 : un déséquilibre dans les rapports collectifs

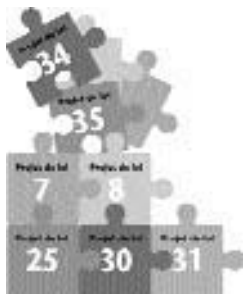
Les avantages indus accordés à la partie patronale ainsi que l'encadrement restrictif à l'intérieur duquel serait placé le processus de négociation, amènent la FIIQ à s'interroger quant au respect qu'accorde le gouvernement aux salarié-e-s syndiqué-es du réseau de la santé et à leur droit à des conditions de travail acceptables. En effet, à la lecture de la section III du projet de loi n° 30, un constat s'impose : privés de moyens, les syndicats ne pourraient plus assumer leur rôle prévu à l'article 1 du *Code du travail*, à savoir : « l'étude, la sauvegarde et le développement des intérêts économiques, sociaux et éducatifs de ses membres et particulièrement la négociation et l'application des conventions collectives. »

### Négation des conditions de travail négociées et agréées de haute lutte

L'adoption du projet de loi n° 30, avec la décentralisation de toutes les matières énumérées à l'article 60 (annexe A.1), aurait pour effet de rayer d'un seul trait le résultat de plus de 30 ans de négociations menées de bonne foi par les infirmières et les autres salarié-e-s du réseau de la santé et des services sociaux québécois. La liste des sujets prévus à l'annexe A.1 revêt une importance autrement plus grande que celle que semble lui reconnaître le ministre. Par exemple, les questions liées aux horaires de travail ne signifient pas uniquement les heures d'entrée au travail et de sortie du travail. Cela concerne aussi le fait de bénéficier ou non d'une fin de semaine de congé sur deux, de travailler ou non sur des quarts stables, de connaître ou non son horaire de travail à l'avance, d'assurer ou non l'application de règles claires et justes quant à l'octroi des remplacements.

Est-il besoin de rappeler que plusieurs de ces conditions de travail ont été librement convenues entre les parties lors de négociations antérieures. Les infirmières ont même dû exercer des moyens de pression, allant jusqu'à la grève illégale, pour convaincre les associations d'employeurs et le gouvernement du bien-fondé de leurs revendications. Aujourd'hui, le gouvernement est prêt à tout balayer du revers de la main et à ordonner aux parties locales de reprendre, dans une multitude d'établissements, les discussions sur ces mêmes sujets qui se sont soldées, dans bien des cas, par des gains arrachés de haute lutte.

Cette liste de matières à négocier localement, qui ressemble à s'y méprendre aux dépôts patronaux de 1999, comporte aussi des imprécisions : impossible à la lecture du projet de loi n° 30 de déterminer qui, du palier local ou national, se verra chargé de négocier certaines matières, pensons ici à l'aménagement du temps de travail proposé par la FIIQ dans le cadre de la négociation pour le renouvellement de la convention échu le 30 juin 2002.



De plus, le projet de loi n° 30 vient donner tout son sens à la déclaration du ministre de la Santé à l'effet qu'il faut « donner aux établissements la flexibilité nécessaire pour adapter l'organisation du travail à leurs besoins.<sup>85</sup>» Cette flexibilité, le gouvernement veut la donner aux établissements et ce, sans aucune implication des infirmières et des autres salarié-e-s. En effet, le projet de loi ne fait aucune référence quant à l'obligation d'entreprendre localement des discussions sur l'organisation du travail.

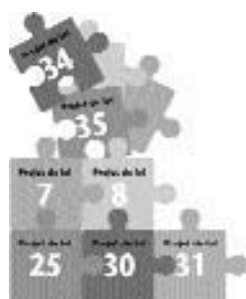
Pire encore, le ministre semble méconnaître l'existence du *Comité de soins infirmiers* dont le rôle primordial est de traiter toute question relative à l'organisation des soins infirmiers et les plaintes de fardeau de tâche. Et pourtant, ce comité a été introduit dans les conventions collectives des infirmières à la suite de la grève des infirmières de Ste-Justine, en 1964. Il a même conservé son mandat actuel à la suite de l'intervention du ministère de la Santé et des Services sociaux lors de la négociation de 1989 et son efficacité à régler les dossiers de fardeau de tâche a pu être améliorée, en juin 1998, dans le cadre d'une ordonnance du *Conseil des services essentiels*.

Quand le gouvernement prévoit, à l'item 15 de l'annexe A.1, que « Mandats et modalités de fonctionnement des comités locaux en regard des matières prévues à la présente annexe » seraient dorénavant des matières de négociation locale, il prive les infirmières d'une possibilité majeure de se faire entendre quant à l'organisation des soins, élément essentiel à la qualité des soins et des services à la population. De plus, comme l'arbitrage des fardeaux de tâche peut avoir pour effet l'ajout de ressources humaines, le gouvernement démontre une fois de plus que les impératifs financiers des établissements doivent primer sur les besoins de la population et du personnel. Il ne faut pas se leurrer, les employeurs locaux réclament depuis des années que l'arbitre saisi d'une plainte pour fardeau de tâche ne puisse rendre de décision quant aux mesures à mettre en place pour les corriger.

### **Utilisation peu judicieuse des ressources humaines et financières**

Lors de la conférence de presse qui a suivi le dépôt du projet de loi n° 30, le ministre de la Santé et des Services sociaux déclarait : « dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre, il faut optimiser l'utilisation du personnel du réseau de la santé et des services sociaux et valoriser le travail que chacun accomplit. »

Le ministre a-t-il la moindre idée de la quantité d'argent et de temps que les employeurs devraient soustraire des services à la population afin de négocier autant de matières dans un délai aussi court? La FIQ demeure convaincue que la mise sur pied de multiples tables de négociations locales inciterait les employeurs à engloutir une fortune en ressources humaines et consultant-es externes (conseiller-ère en gestion des ressources humaines, avo-



cat-e-s, etc.) et mènerait, sans conteste, à un gaspillage éhonté. Ainsi, la mise sur pied de centaines de tables de négociations locales ne constituerait en aucune façon une utilisation judicieuse de ressources humaines et financières.

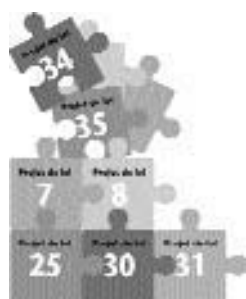
Pour la FIIQ, la décentralisation de la négociation que s'apprête à imposer le gouvernement, est vouée à l'échec considérant les courts délais et l'inexpérience des gestionnaires d'établissements et des équipes syndicales locales en matière de négociation de convention collective. De plus, les délais très serrés pour la médiation-arbitrage et le fait que toutes les parties doivent formuler leur offre finale en libellé de textes de convention collective font craindre le pire quant à la clarté et la précision des textes qui émaneraient de cette médiation. Lors de la dernière ronde de négociation, les parties ont eu besoin de près de quatre mois, après s'être entendues, pour rédiger les textes finaux, chaque partie voulant s'assurer, avec raison, que le texte écrit reflétait bien l'accord intervenu entre elles.

Qui dit décentralisation de la négociation, ne dit-t-il pas aussi fin de la jurisprudence d'interprétation des conventions collectives? La Fédération est portée à croire que les reculs seront nombreux concernant les litiges d'interprétation de ces nouveaux textes, qui devront être tranchés dorénavant convention locale par convention locale, par les arbitres de griefs. Une fois de plus, la FIIQ considère que plutôt que de servir à payer des frais d'arbitrage, le budget des établissements devrait être utilisé à meilleur escient.

### **L'imposition d'une convention locale**

La FIIQ est persuadée que peu d'employeurs renonceront à l'opportunité de voir le contenu de la convention collective déterminé par une personne choisie par le ministre dont le mandat serait de déterminer un règlement sans coûts supplémentaires et qui favorise l'amélioration des services à la clientèle, tel que le prévoit les articles 40 et suivants du projet de loi n° 30.

Le processus de nomination du médiateur-arbitre ne laisse aucun doute quant à la considération du gouvernement à l'égard de ses salarié-e-s. Sauf dans les cas où les parties s'entendent sur le choix d'un médiateur-arbitre, le *Code du travail* assure à l'employeur et au syndicat qui soumettent un différend à un arbitre que celui-ci soit nommé selon des principes d'indépendance généralement reconnus en matière de relations de travail. Il revient en effet au ministre du Travail de nommer cet arbitre, à partir de la « liste dressée annuellement par le ministre [du Travail] après consultation du *Conseil consultatif de la main-d'œuvre*<sup>87</sup>, » ou, encore, dans le cas des policiers et pompiers, « le ministre [du Travail] peut inscrire sur la liste visée à l'article 98 le nom des personnes proposées conjointement par toutes les associations reconnues par décret du gouvernement comme étant les plus représentatives des municipalités, des régies intermunicipales, des policiers et des pompiers<sup>88</sup>. » Mais, pour les salarié-e-s du réseau de la santé, le ministre sera seul consulté par le ministre du Travail aux fins



de constitution de cette liste. La FIIQ se pose de sérieuses questions sur l'impartialité de ce décideur.

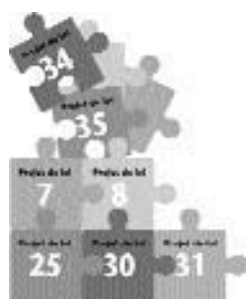
Le médiateur-arbitre, prévu au projet de loi n° 30, devra rendre sa décision à la lumière de critères inédits et inusités en matière de relations de travail, à savoir : « l'offre choisie par le médiateur-arbitre ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires à ceux existants pour la mise en œuvre des matières visées et doit favoriser l'amélioration des services à la clientèle<sup>89</sup>. » Pourtant, le critère prévu au *Code du travail*<sup>90</sup> et qui, selon la FIIQ, a fait ses preuves est « l'équité et la bonne conscience. » Encore une fois, le gouvernement démontre ici peu de considération et de respect à l'égard des infirmières et des salarié-e-s du réseau.

Ce médiateur-arbitre aurait aussi la responsabilité de déterminer qui, de l'employeur ou du syndicat, est le mieux placé pour définir ce qui constitue une offre à coût nul et une autre favorisant l'amélioration des services à la clientèle. En 1998 et 1999, les infirmières ont exercé des moyens de pression pour gagner qu'un maximum de postes soient affichés, à temps complet si possible, convaincues que le travail précaire favorisait le recours aux heures supplémentaires, accroissait les coûts de main-d'œuvre et nuisait à la qualité des services à la population. Dans le cadre de cette négociation, il a fallu l'intervention, en 1998, du *Conseil des services essentiels* et des représentant-e-s du ministère de la Santé et des Services sociaux, accompagné-e-s un peu plus tard de celles-ceux du *Conseil du trésor*, pour forcer les employeurs à afficher les postes vacants et mettre en place des mécanismes permettant la réduction du travail précaire et le développement de l'expertise. Pourtant, en février 2001, dans le rapport du *Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmières*, tous les partenaires du réseau ont reconnu l'importance, au niveau local, d'« adopter une structure de postes (temps complet, temps partiel et disponibilité) qui correspond le plus possible aux attentes des infirmières de manière à accroître le nombre d'heures de travail effectivement travaillées par le personnel permanent<sup>91</sup>. » Alors comment ne pas entrevoir de longs débats devant le médiateur-arbitre lorsque le projet de loi n° 30 prévoit « ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires » et « favoriser l'amélioration des services à la clientèle. »

Autre discrimination faite aux salarié-e-s du secteur de la santé et des services sociaux :

- ..... « La décision du médiateur-arbitre n'a d'effet qu'à l'égard de l'association de salariés et de l'établissement en cause. Elle ne peut être invoquée à titre de précédent dans un autre arbitrage issu de la présente loi; le médiateur-arbitre rejette, dans un tel cas, à la demande d'une partie ou d'office, toute demande ou revendication basée sur une telle décision<sup>92</sup>. »

Puisque l'arbitre doit retenir l'une ou l'autre offre globale, l'offre pourrait être rejetée en entier sur cette seule base. Quand, en plus, on





connaît le caractère aléatoire des deux critères servant de guide à l'arbitre (sans aucun coût et amélioration de la qualité des services), la FIIQ considère pour le moins hasardeux de ne pas permettre au médiateur-arbitre de prendre connaissance de l'interprétation donnée à ces deux critères par d'autres arbitres.

Rappelons que le *Code du travail* permet à l'arbitre de différends « de tenir compte des conditions de travail qui prévalent dans des entreprises semblables ou dans des circonstances similaires ainsi que des conditions de travail applicables aux autres salarié-e-s de l'entreprise<sup>93</sup> » encore, de façon plus explicite pour les pompiers et les policiers :

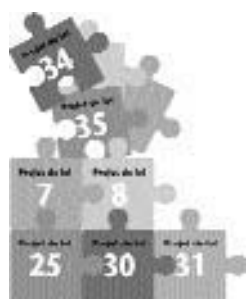
..... « L'arbitre doit, pour rendre sa sentence, tenir compte des conditions de travail applicables aux autres salariés de la municipalité concernée ou des municipalités parties à l'entente constituant la régie intermunicipale concernée, des conditions de travail qui prévalent dans des municipalités ou des régies intermunicipales semblables ou dans des circonstances similaires<sup>94</sup>. »

Enfin, un dernier élément qui heurte de front les traditions en matière de médiation et d'arbitrage dans le secteur de la santé et des services sociaux : le partage en parts égales des frais et honoraires du médiateur-arbitre. Ainsi, qu'il s'agisse de question d'arbitrage, de médiation, de conciliation, d'arbitrage médical, de recours pour fardeau de tâche ou encore, des frais et honoraires du tiers décideur, toutes ces situations ne sont jamais à la charge de la partie syndicale. Le Règlement sur la rémunération des arbitres<sup>95</sup> prévoit aussi que lorsqu'un différend est soumis à l'arbitrage en vertu des articles 93.3 (première convention collective) ou 97 (policiers, pompiers) du Code du travail, c'est le ministre du Travail qui assume les frais et honoraires de l'arbitre. Mais encore une fois le ministre a choisi la formule du deux poids deux mesures, en privilégiant que les organisations syndicales représentant les salarié-e-s du réseau de la santé et des services sociaux, assumeraient la moitié de la facture.

### Une convention locale à demeure

Ce qui ajoute encore à la perception que le ministre de la Santé et des Services sociaux considère que les travailleuses et les travailleurs de la santé et des services sociaux ne sont pas des travailleuses et des travailleurs ayant les mêmes droits que les autres syndiqué-e-s québécois-e-s, est la durée des stipulations négociées localement. En effet, l'article 51 du projet de loi prévoit que :

..... « Une fois que les stipulations définies comme faisant l'objet de négociation à l'échelle locale ou régionale ont été négociées et agréées ou imposées par le médiateur-arbitre (...) leur remplacement doit suivre les dispositions de la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic<sup>96</sup>. »



Ces dispositions, entre autres l'article 59 de cette loi, prévoient :

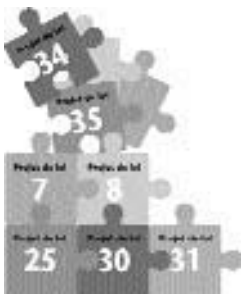
- • • • • • • • • • « Une stipulation portant sur une matière définie comme étant l'objet de stipulations négociées et agréées à l'échelle locale ou régionale a effet tant qu'elle n'est pas modifiée, abrogée ou remplacée par entente entre les parties. Elle continue d'avoir effet malgré l'expiration des stipulations de la convention collective qui sont négociées ou agréées à l'échelle nationale<sup>97</sup>. »

C'est ainsi, qu'après cette première ronde de négociation locale qui, la Fédération le craint, se terminerait par un arbitrage dans bien des cas, les salarié-e-s du secteur de la santé se verraient alors privé-e-s du droit à la négociation collective sur un ensemble de matières, à moins que leur employeur veuille bien entreprendre de nouvelles négociations. Cela va à l'encontre même du droit généralement reconnu aux travailleuses et aux travailleurs dont le régime de négociation découle du *Code du travail* à savoir la négociation de la durée de la convention collective. Par ailleurs, lorsque la convention est le résultat d'un arbitrage<sup>98</sup>, la durée de celle-ci est d'un minimum d'un an à un maximum de trois ans. Le ministre est-il vraiment convaincu que l'absence de modalités quant à la durée des dispositions négociées ou imposées, permettra d'atteindre véritablement l'objectif qu'il a énoncé lors du débat du 20 novembre 2003, à savoir :

- • • • • • • • • • « Le projet de loi n° 30 (...) vise également à modifier le régime de négociation pour que les matières liées à l'organisation du travail soient négociées au palier local ou régional. Et ceci est très important, M. le Président, dans les circonstances où nous voulons donner encore plus de souplesse à notre réseau de santé et de services sociaux, plus d'autonomie aux gestionnaires qui sont imputables de l'utilisation des fonds publics<sup>99</sup>. »

La FIIQ est convaincue que le système actuel, où « un arrangement convenu à l'échelle locale ou régionale a effet jusqu'à la date de son remplacement ou, au plus tard, jusqu'à l'entrée en vigueur des nouvelles stipulations négociées ou agréées à l'échelle nationale<sup>100</sup> » est de loin supérieur à celui proposé, du seul fait qu'à chaque renouvellement de la convention collective nationale, les parties doivent obligatoirement s'asseoir pour réviser leurs arrangements locaux.

Il faut bien constater aussi que le nouveau régime de négociation, imposé par le projet de loi n° 30, est inadéquat. En effet, « la grève et le lock-out sont interdits à l'égard d'une matière définie comme faisant l'objet de stipulations négociées et agréées à l'échelle locale ou régionale ou d'arrangements locaux suivant la *Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic* (chapitre R-8.2)<sup>101</sup> ». Ainsi, le ministre de la Santé et des Services sociaux en décentralisant vers le local la négociation de plusieurs matières qui



relèvent actuellement du palier national a, par la même occasion à toute fin pratique, retiré le droit de grève aux salarié-e-s du secteur de la santé.

Le ministre a bien compris l'inefficacité des mécanismes actuellement prévus à la *Loi sur le régime de négociation* puisqu'il n'a établi un recours automatique à la médiation-arbitrage que pour la première ronde de négociation décentralisée, laissant les négociations subséquentes dépourvues de mécanismes de dénouement d'impasse efficace.

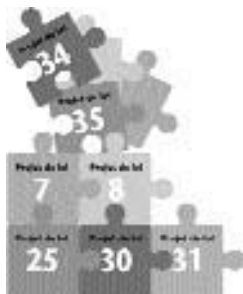
### À quand un règlement négocié par les parties nationales?

Le 9 juillet dernier, la FIIQ, au nom des syndicats qu'elle représente, a déposé auprès du Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux son projet de convention collective, convention d'ailleurs échue depuis juin 2002. Ce projet que la Fédération qualifie d'audacieux et de prometteur comporte toute une série de moyens afin de permettre aux infirmières et aux établissements d'être mieux outillés pour faire face à la pénurie d'infirmières. Par la seule présentation des projets de loi n<sup>os</sup> 25 et 30, le gouvernement s'est trouvé à reporter sciemment toute discussion entre les parties nationales quant aux améliorations à apporter aux conditions de travail pour alléger les effets de cette pénurie.

La FIIQ estime aussi que les projets de loi n<sup>os</sup> 25 et 30, s'ils devaient être adoptés, entraîneraient nécessairement une réorganisation complète de la structure de la partie patronale. Il serait pour le moins surprenant que le gouvernement laisse en place sept sous-comités de négociation pour le secteur de la santé et des services sociaux,<sup>102</sup> d'autant plus que par l'effet du 2<sup>e</sup> alinéa de l'article 37 du projet de loi n<sup>o</sup> 30, la quasi-totalité des établissements seraient régis par la convention collective des centre hospitaliers publics. Donc, il est prévisible que le gouvernement doive amender la *Loi sur le régime de négociation des conventions collectives* dans les secteur public et parapublic pour réviser l'organisation de la partie patronale.

De plus, si le gouvernement s'entête à vouloir adopter ces projets de loi, les deux prochaines années risquent d'être régulièrement marquées par des votes d'allégeance syndicale. Il serait donc illusoire de penser que les parties nationales seront en mesure de négocier, ne sachant pas pour qui elles négocient exactement et qu'une période de changement d'allégeance syndicale n'est pas propice à la négociation. En faisant fi de cette évidence, le gouvernement aurait-il expressément l'intention de semer la confusion?

Enfin, le dernier alinéa de l'article 37 retarde l'entrée en vigueur de toute stipulation négociée et agréée à l'échelle nationale au moment où localement les parties auront complété leur négociation, (sauf pour les questions de salaires, primes et suppléments). Quel serait l'intérêt d'entreprendre des négociations alors que les résultats de celles-ci ne trou-



veront application qu'à la fin de 2006? Bien que cette date semble lointaine, celle-ci a été obtenue, en additionnant le délai de mise en place du réseau local (environ un an), celui de la détermination de l'unité d'accréditation (environ 230 jours), celui de la négociation locale (1 an), et finalement celui de la médiation (120 jours). Ces délais semblent clairement laisser entendre qu'entre la dernière ronde de négociation, qui s'est terminée en janvier 2000, et la prochaine, il se sera écoulé plus de six ans. Pourtant, le régime de négociation, toujours en vigueur et non modifié par le projet de loi n° 30 prévoit toujours que les conventions collectives sont d'une durée de trois ans !

### **Un régime de négociation à revoir**

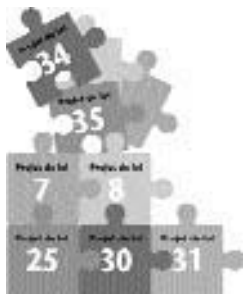
Bien que la FIIQ s'oppose farouchement au projet de loi n° 30, elle ne peut nier que le régime de négociation nécessite une révision. D'ailleurs, c'était l'objectif des travaux auxquels la FIIQ avait participé<sup>103</sup> au début des années 1990.

À cette époque, conscientes que le régime actuel comportait certaines lacunes, les organisations syndicales avaient fait consensus autour d'un projet de réforme qui devait respecter le droit des salarié-e-s de négocier pleinement leurs conditions de travail et permettre aux parties locales de régler, à leur niveau, les différends qui les opposaient. Une adaptation aux différentes réalités locales et les nouvelles approches de gestion poussaient la partie patronale à rechercher localement un plus grand pouvoir décisionnel.

Une décennie plus tard, le gouvernement de monsieur Charest dépose des projets de loi et s'apprête à imposer brutalement les façons de faire en matière de négociation collective au Québec plutôt que d'entreprendre un large dialogue sur cette question avec tous les acteurs concernés. Cette attitude ressemble dangereusement à un abus de pouvoir plutôt qu'à une réelle volonté d'améliorer le climat de travail et de simplifier les rapports collectifs de travail dans les établissements.

### **Une intervention locale en organisation du travail**

Les nombreux exercices de planification de la main-d'œuvre infirmière amorcés dans les établissements du Québec au cours des dernières années ont démontré, entre autres, la pertinence de laisser aux parties locales toute la latitude nécessaire pour identifier les problèmes, trouver les solutions appropriées et les appliquer. C'est aussi le plus souvent par le biais du *Comité des soins infirmiers* que les parties locales parviennent à solutionner les problèmes touchant l'organisation du travail dans leur milieu. Cette approche d'intervention locale en organisation du travail a d'ailleurs maintes fois prouvé son efficacité et il serait souhaitable de la formaliser et de la généraliser à l'ensemble des établissements du réseau.



Pour la FIIQ, l'imposition formelle d'une liste de matières à négocier localement n'offre aucune garantie de succès, bien au contraire. S'il est nécessaire de revoir certaines clauses de la convention collective pour améliorer l'organisation du travail dans un centre d'activités, les parties locales devraient pouvoir bénéficier de mécanismes clairs leur permettant de le faire. Ainsi, les parties nationales devraient dégager une compréhension et une définition commune de ce qu'est l'organisation du travail et déterminer, à leur niveau, un mécanisme par lequel les parties locales auraient l'obligation d'engager une négociation lorsque des difficultés relatives à l'organisation du travail se posent dans l'établissement.

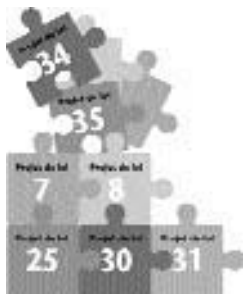
### **Un réel droit à la négociation**

En matière de négociation, certains principes sont incontournables. Il est évident que, sans un équilibre relatif entre les forces en présence et en l'absence d'un mécanisme de résolution des impasses adéquat et efficace, l'existence d'un réel droit à la négociation relève de l'imaginaire. De plus, entreprendre un processus menant à la détermination de nouvelles conditions de travail sans maintenir les conditions de travail négociées et agréées par les parties lors d'une négociation antérieure crée un déséquilibre énorme entre les forces en présence. En effet, comment peut-on prétendre à un rapport de force entre les parties sans l'assurance de garder, en cas de désaccord, les mêmes conditions de travail.

Selon la FIIQ, les règles devraient prévoir des délais favorables aux échanges entre les parties : l'objectif ultime de la négociation n'est-il pas de parvenir à une entente. Ainsi, l'intervention d'un médiateur-arbitre à un moment déterminé dans le temps et sans égard à l'état des pourparlers entre les parties, serait sans contredit une entrave au processus de négociation locale.

De plus, la mise en place d'un mécanisme permettant de résoudre les impasses devrait être instauré au palier local comme alternative au droit de grève. Pour être crédible et efficace, un tel mécanisme devrait répondre aux conditions essentielles d'indépendance, d'impartialité et de compétence. Afin de faciliter le déroulement de la négociation, la possibilité d'intervention d'un tiers à la demande de l'une ou l'autre des parties et à différentes étapes du processus de négociation devrait être également envisagée. La Fédération est aussi d'avis que nationalement une alternative au droit de grève pourrait faire l'objet de discussion.

Finalement, pour la FIIQ, il est essentiel de synchroniser la négociation aux deux paliers et établir clairement la durée des ententes intervenues.



## Un régime de négociation amélioré

Plusieurs autres sujets pourraient faire l'objet d'échanges et de discussions avec le gouvernement ou les associations d'employeurs. Mais une chose est certaine : dans un contexte où les différents partenaires du réseau tentent désespérément, et ce, depuis plusieurs années, de créer un environnement de travail propice à l'attraction et à la rétention de main-d'œuvre infirmière, il est difficile de croire que le législateur puisse même penser s'engager dans la voie de la coercition. De plus, cette attaque systématique contre le droit, pour des salarié-e-s, de négocier leurs conditions de travail voire même de maintenir leurs conditions actuelles est, sans contredit, en complète contradiction avec l'objectif d'améliorer les services à la population.

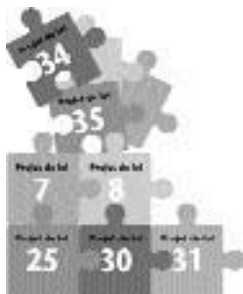
Le projet de loi n° 30 va à l'encontre des principes de démocratie industrielle et son adoption n'aurait pour effet que d'éloigner les parties aussi bien locale que nationale lors de la négociation.

Pour la FIIQ, la recherche d'une alternative au régime actuel de négociation ne peut trouver d'issue positive que si elle prend assises sur la consultation, la confiance et le respect. Sachant que la paix industrielle est essentielle à l'amélioration des soins et des services de santé et que la confrontation risque d'accroître les nombreux problèmes vécus dans le réseau, le gouvernement devrait plutôt inviter les partenaires syndicaux à tracer avec lui les contours d'un nouveau régime de négociation au Québec.

Finalement, le ministre de la Santé et des Services sociaux est-il conscient du message qu'il envoie : un dossier de l'équité salariale toujours pas réglé, une fusion forcée des unités de négociation, une réforme du régime de négociation imposée, un régime de représentation syndicale sans liberté de choix ! Le manque de respect est sans nul doute le message reçu par les salarié-e-s de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux.

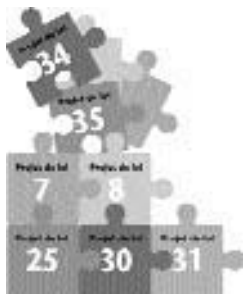
Pour la Fédération, le nouveau régime de négociation proposé dans la section III du projet de loi n° 30 discrimine les salarié-e-s du réseau de la santé et porte atteinte au régime de rapports collectifs qui favorise la négociation.

Les modifications au régime de négociation suggérées au projet de loi n° 30 représentent, pour la Fédération, une menace à la sécurité et à l'uniformité des conditions de travail des infirmières oeuvrant dans les établissements de santé répartis dans toute la province. Outre les impacts immédiats sur le renouvellement des conventions collectives du secteur public, la Fédération redoute que les modifications proposées au régime de négociation des infirmières créent des disparités et de la concurrence entre les établissements et entre les régions. Dans une telle perspective, la Fédération craint de voir s'accroître la pénurie de main-d'œuvre dans cer-



tains secteurs d'activités et dans certaines régions et d'assister à la détérioration de la qualité des services à la population.

La Fédération demande donc aux membres de la Commission et à l'ensemble des parlementaires de ne pas précipiter les débats afin de forcer l'adoption à toute vapeur du projet de loi n° 30 et réaffirme son opposition à l'adoption de ce projet de loi qui fait fi de droits reconnus pour les travailleuses et les travailleurs du Québec.



## Conclusion

---

---

Tout comme la réforme du ministre Rochon en 1997, la réforme du ministre Philippe Couillard utilise des arguments d'amélioration des services à la population pour vendre un projet qui, dans la réalité, poursuit des buts d'une tout autre nature.

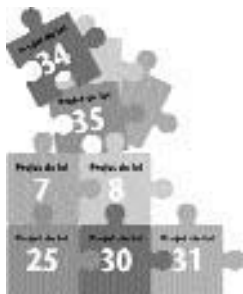
L'analyse de la brochette de projets de loi présentés par le ministre de la Santé et des Services sociaux et le ministre du Travail met en effet en lumière que la création de réseaux intégrés, tels que formulés, et l'insistance mise sur l'amélioration des services à la population, ne constituent qu'un écran de fumée, qu'un maquillage politique visant à occulter le but véritable de cette réforme brutale et autoritaire qui consiste en réalité à offrir des opportunités aux investisseurs dans le secteur de la santé et des services sociaux et à leur livrer une main-d'œuvre aussi bon marché que possible.

En effet, les projets de loi s'inscrivent dans la volonté du gouvernement de soumettre le réseau de la santé et des services sociaux aux accords de commerce sur les marchés publics, prosaïquement appelés réingénierie de l'État par le gouvernement libéral. Quand le premier ministre faisait de la santé sa première priorité en campagne électorale, il omettait tout simplement de dire qu'elle était sa première priorité de réingénierie. Comme il a omis de dire qu'il n'abolirait pas le palier régional en dépit du fait qu'il s'est engagé à abolir les régions régionales.

En bouleversant les structures syndicales existantes, par les fusions forcées d'accréditations, en instituant de nouveaux mécanismes de négociation tout à fait inappropriés, le gouvernement crée délibérément des conditions difficiles pour l'exercice de l'action syndicale, conditions qui peuvent amener démobilitation et désaffection dans les rangs des syndicats.

En rendant illégale, la possibilité pour des salarié-e-s, particulièrement des travailleuses qui oeuvrent dans les services à la population et auprès des enfants, d'être syndiqué-e-s, le gouvernement, les priverait de la capacité de se doter de conditions de travail et de salaire qui correspondent à la valeur réelle de leur travail et de leur apport à la société.

Ce qui est certain, c'est que des milliers de travailleuses et de travailleurs, de même que leur famille, se trouveraient appauvri-e-s par les effets des projets de loi, au profit d'investisseurs du secteur privé. Toutes et tous connaissons l'incidence des déterminants de la santé, lesquels sont étroitement liés au revenu dont disposent les personnes. En conséquence, la FIIQ ne peut être en accord avec la réforme proposée par le gouvernement. Le bien-être des travailleuses et des travailleurs, comme celui de la population, commandent que l'on s'y oppose formellement et fermement.

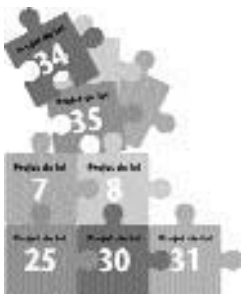


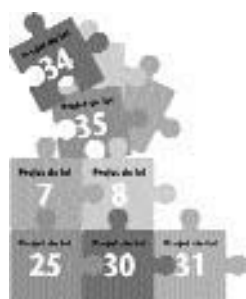


L'analyse met également en lumière le fait que les travailleuses et les travailleurs du réseau de la santé seront les premier-ère-s touché-e-s par les changements proposés. Beaucoup d'entre elles et d'entre eux appartiennent à des catégories vulnérables comme vient de le rappeler la *Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse* en Commission parlementaire de l'économie du travail.

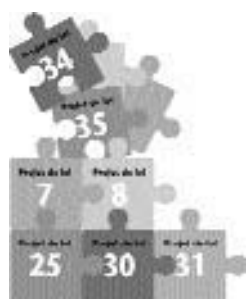
La réingénierie de l'État et en particulier celle du réseau de la santé, contrairement à ce que soutient le gouvernement, se fait au détriment de la classe moyenne, au détriment des catégories de travailleuse-s les plus vulnérables et, entre autres choses, au détriment des femmes. En plus de porter préjudice aux conditions de travail et de salaire, elle ne peut qu'entraîner une augmentation de la tarification pour les usagères et les usagers du réseau.

Cette réforme ne va pas du tout dans le sens des attentes et des besoins de la population du Québec et elle n'est pas faite dans leur intérêt quoi qu'en disent le ministre et le gouvernement. À l'ensemble du projet, la FIIQ réitère encore son NON.

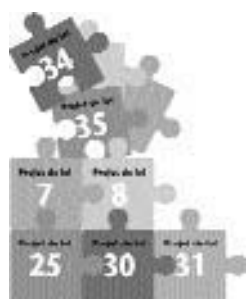




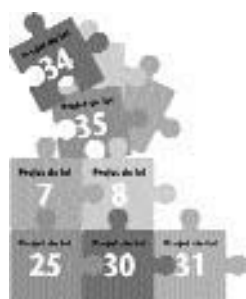
- <sup>1</sup> QUÉBEC. *Projet de loi no 7 Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2003.
- <sup>2</sup> QUÉBEC. *Projet de loi no 8 Loi modifiant la Loi sur les centres de la petite enfance et autres services de garde à l'enfance*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2003.
- <sup>3</sup> QUÉBEC. *Projet de loi no 25 Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2003.
- <sup>4</sup> QUÉBEC. *Projet de loi no 30 Loi concernant les unités de négociations dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public purapublic*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2003.
- <sup>5</sup> QUÉBEC. *Projet de loi no 31 Loi modifiant le code du travail*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2003.
- <sup>6</sup> JÉRÔME-FORGET, Monique et FORGET, Claude E. *Who is the Master? A Blueprint for Canadian Health Care Reform*, Montréal, IRPP, 1998, p. 50-55.
- <sup>7</sup> QUÉBEC. *Loi concernant la mise en œuvre des accords de commerce*, L.Q. 1996, c. 6.
- <sup>8</sup> Les six stratégies de la Banque mondiale sont le défaut volontaire de ressources, la déréglementation, la tarification, la décentralisation/régionalisation, la privatisation et la communautarisation.
- <sup>9</sup> Conférence de presse de M. Philippe Couillard, ministre de la Santé et des Services sociaux, *Précisions sur le contenu de deux projets de loi concernant le secteur de la santé et des services sociaux déposés à l'Assemblée nationale*, le mardi 11 novembre 2003, [En ligne], <http://www.assnat.qc.ca/fra/conf-presse/2003/031111PC.htm> (page consultée le 13 novembre 2003).
- <sup>10</sup> Ex-membre de la Commission présidentielle sur la technologie, (1964-1966), et de la Commission présidentielle pour un programme national pour les années 1980, [En ligne], [http://www.google.fr/search?q=cache:j5hl0qyFRD4:www.pbs.org/arguing/nyintellectuals\\_bell.html+daniel+bell=&hl=fr&ie=UTF-8](http://www.google.fr/search?q=cache:j5hl0qyFRD4:www.pbs.org/arguing/nyintellectuals_bell.html+daniel+bell=&hl=fr&ie=UTF-8) (page consultée le 25 novembre 2003).
- <sup>11</sup> DOMMERGUES, Pierre. « Dès 1978, l'outilage intellectuel est en place », dans *Le nouveau capitalisme*, Manière de voir, Le Monde diplomatique, décembre 2003-janvier 2004, no 72, p. 17.
- <sup>12</sup> Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, *Guidé par nos valeurs. L'avenir des soins de santé au Canada – Rapport final*, novembre 2002, chapitre 11 : Santé et mondialisation, p. 257-272, [En ligne], <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/romanow/index1.html> (page consultée le 28 novembre 2003).
- <sup>13</sup> *Id.*, p. 261.
- <sup>14</sup> *Id.*, p. 262.
- <sup>15</sup> *Id.*, p. 263.
- <sup>16</sup> Voir par exemple le *Rapport annuel 2002-2003 sur le Régime d'examen des plaintes en santé et services sociaux*, de la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides ou encore le *Rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes 2002-2003* de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec ou finalement le *Rapport annuel du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux, Rapport d'activités 2002-2003*.
- <sup>17</sup> DOCTEUR, R.E., COLBY, D.C., GOLD, M. « Shifting the paradigm: monitoring access in Medicare managed care. » *Health care financing review*, 1996, vol. 17, no 4. p. 5-21.
- <sup>18</sup> VERNA, Gérard. *Gestion stratégique de l'incompétence dans une économie mondialisée*, Département de management, Université Laval, site internet: <http://www.fsa.ulaval.ca/personne/vernag/pub/incompetence.html>, site visité le 25 novembre 2002.
- <sup>19</sup> Voir à cet effet le document : LE GROUPE D'ÉTUDE SUR LES MODES D'ORGANISATION ET DE GOUVERNE (GEMOG) *Vers un nouveau modèle d'organisation et de gouverne en Montérégie Document de réflexion*, Montérégie, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, novembre 2003.
- <sup>20</sup> Nous pensons ici au rôle que le gouvernement accorde aux compagnies pharmaceutiques dans le dossier de l'emploi et référons pour preuve à la rencontre tenue le 26 septembre, au cabinet du ministre du Développement économique et régional, Michel Audet, avec des représentants de Merck Frosst, de Bayer, d'Avantis, de Bristol-Myers, etc. (voir *Le Devoir*, mardi le 25 novembre, page A1).
- <sup>21</sup> DEMERS, Louis, DUPUIS, Alain, POIRIER, Mario. « L'intégration des services passe-t-elle par des fusions d'établissements? », *Santé Mentale au Québec*, vol. XXVII, no 2, 2002, p. 74-92.
- <sup>22</sup> L'éditorial de Jean-Robert SANSFAÇON paru le 12 novembre 2003 dans *Le Devoir* est sur cette question très juste.



- <sup>23</sup> FLEURY, Marie-Josée et OUADAHI, Youcef, « Stratégies d'intégration des services en réseau, régulation et moteurs d'implantation de changement », *Santé mentale au Québec*, 2002, vol. XXVII, no 2, 2002, p. 16-36.
- <sup>24</sup> Nous pensons ici à l'Institut Économique de Montréal.
- <sup>25</sup> TOUATI, Nassera et autres. « L'intégration des services sur une base locale: acquis et limites », *Santé mentale au Québec*, vol. XXVII, no 2, p. 54-73.
- <sup>26</sup> DEMERS, Louis, DUPUIS, Alain, POIRIER, Mario. « L'intégration des services passe-t-elle par des fusions d'établissements? » *Santé mentale au Québec*, vol. XXVII, no 2, 2002, p. 75.
- <sup>27</sup> LAMARCHE, Paul A. et autres. « L'intégration des services : enjeux structurels et organisationnels ou humains et cliniques », *Ruptures*, vol. 8, no 2, 2001, p. 71, 87.
- <sup>28</sup> LAMARCHE et autres, « L'intégration des services... », p. 86.
- <sup>29</sup> LAMARCHE et autres, « L'intégration des services... », p. 88.
- <sup>30</sup> TOUATI et autres. p. 56.
- <sup>31</sup> RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE. *La santé en actions Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2003, p. 130.
- <sup>32</sup> FLEURY et OUADAHI; LAMOTE, Lise. « La recherche de réseaux de services intégrés : un appel à un renouveau de la gouverne », *Gestion*, vol. 8, no 2, 2001, p. 23-30 ; FLEURY, Marie-Josée. « Émergence des réseaux intégrés de services comme modèle d'organisation et de transformation du système sociosanitaire », *Santé mentale au Québec*, vol. XXVII, no 2, 2002, p. 7-16.
- <sup>33</sup> FLEURY, Marie-Josée., p. 7-16; LANGLOIS, Anne-Marie, ST-PIERRE, Michèle, BÉGIN, Clermont. *Les réseaux de services intégrés : possibilités, limites, enjeux* dans LEMIEUX, Vincent (sous la dir. de) et autres, *Le système de santé au Québec Organisations, acteurs et enjeux*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 2003, p. 145-174.
- <sup>34</sup> LAMARCHE et autres. 2001, p. 88.
- <sup>35</sup> FLEURY et OUADAHI. p. 23.
- <sup>36</sup> DEMERS et autres. p. 87.
- <sup>37</sup> Ibid., p. 81.
- <sup>38</sup> Ibid., p. 81.
- <sup>39</sup> LAMARCHE et autres. p. 87.
- <sup>40</sup> Ainsi soutiennent les pères de l'approche de réingénierie: "Au coeur du Reengineering réside la notion de *pensée de rupture*- c'est à dire comment identifier et abandonner les règles périmées et les postulats de base qui imprègnent le fonctionnement actuel des entreprises..." HAMMER, Micheal et CHAMPY, James, *Le Reengineerin. Réinventer l'entreprise pour une amélioration spectaculaire de ses performances*. Paris, Dunod, 1993, p. 11
- <sup>41</sup> DEMERS, DUPUIS et POIRIER. p. 79.
- <sup>42</sup> LANGLOIS, ST-PIERRE et BÉGIN. p. 165.
- <sup>43</sup> LAMOTHE. p. 26.
- <sup>44</sup> LANGLOIS, ST-PIERRE et BÉGIN. p. 63.
- <sup>45</sup> FLEURY et OUADAHIE. p. 25.
- <sup>46</sup> LE GROUPE D'ÉTUDE SUR LES MODES D'ORGANISATION ET DE GOUVERNE (GEMOG). p. 18.
- <sup>47</sup> ST-PIERRE, Michèle. « Les réseaux ont-ils un avenir dans le secteur de la santé? » *XII<sup>e</sup> Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique (AIMS)*, Les Côtes de Carthage, 3, 4, 5 et 6 juin 2003, p. 19.
- <sup>48</sup> LE GROUPE D'ÉTUDE SUR LES MODES D'ORGANISATION ET DE GOUVERNE (GEMOG). p. 10.
- <sup>49</sup> CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et autres. « Intégration des soins : dimensions et mise en oeuvre », *Ruptures*, vol. 8, no 2, 2001, p. 46.
- <sup>50</sup> LAMOTHE, Lise. p. 26.
- <sup>51</sup> RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS AUX AÎNÉS DES BOIS-FRANCS. *Rapport final sur les résultats*, Québec, Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval, 2001, p. 60.
- <sup>52</sup> CONTANDRIOPOULOS et autres. p. 47.
- <sup>53</sup> COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX. *Les solutions émergentes Rapport et recommandations*, Québec, Gouvernement du Québec, 2000, p. 112.
- <sup>54</sup> BOURBONNAIS, Renée et autres. *Portrait global de l'environnement psychosocial au travail et la santé des intervenant(e)s de quatorze centres d'hébergement et soins de longue durée (CHSLD) de la région de Québec*, Québec, Université Laval, 2002, p. 12.



- <sup>55</sup> BOURBONNAIS, Renée et autres. *Les impacts positifs et négatifs de la transformation du réseau de la santé sur la vie professionnelle, la vie familiale et la santé des infirmières et des infirmiers de l'agglomération de Québec*, Québec, Équipe de recherche R.I.P.O.S.T., et Direction de la santé publique de Québec, 2000, p. II.
- <sup>56</sup> GROUPE DE TRAVAIL SUR LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE DE LA MAIN-D'ŒUVRE INFIRMIÈRE. *Rapport ad hoc sur la planification stratégique de la main-d'œuvre infirmière à court terme (La période estivale de 1999), à moyen et à long terme*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, BOURBONNAIS, Renée et autres. *Le travail infirmier sous tension Une approche compréhensive du travail infirmier en période de transition*, Québec, R.I.P.O.S.T., 2000, FORUM NATIONAL SUR LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE INFIRMIÈRE. *Rapport du Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001.
- <sup>57</sup> SOUS-COMITÉ DE LA RECHERCHE *Recherche sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières du Québec portant sur le choix du statut d'emploi, sur le potentiel de disponibilité et sur les perspectives de cheminement de carrière*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, (à paraître).
- <sup>58</sup> FORUM NATIONAL SUR LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE INFIRMIÈRE. *Rapport du Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, p. 7, 16.
- <sup>59</sup> RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE. 2003, p. 131.
- <sup>60</sup> PINEAULT, Raynald. « Les propositions de la commission Clair sont-elles prometteuses? Une analyse de leur cohérence externe et interne. », *Ruptures*, vol. 8, n° 1, 2001, p. 102.
- <sup>61</sup> QUÉBEC. *Projet de loi n° 30*.
- <sup>62</sup> QUÉBEC. *Projet de loi n° 31*.
- <sup>63</sup> Le Quotidien, mercredi le 5 novembre 2003.
- <sup>64</sup> QUÉBEC. *Projet de loi n° 31*.
- <sup>65</sup> FÉDÉRATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (FIIQ). *À l'ère de la mondialisation actualiser de Code du travail*, Mémoire déposé par la F.I.I.Q. à la Commission de l'économie et du travail dans le cadre de la consultation portant sur le projet de loi n° 182, Loi modifiant le Code du travail, instituant la Commission des relations de travail et modifiant d'autres dispositions législatives, février 2001, p. 13-14.
- <sup>66</sup> QUÉBEC. Code du travail, (L.R.Q.) c C-27, article 3.
- <sup>67</sup> Ibid, article 46.
- <sup>68</sup> QUÉBEC. *Projet de loi n° 25*.
- <sup>69</sup> Convention collective CLSC 2000-2002, annexe 5, Conditions particulières à l'infirmière bachelière, article 7.06. qui prévoit l'accès automatique au titre d'emploi d'infirmière bachelière permettant de bénéficier d'une échelle de salaire plus avantageuse pour les infirmières oeuvrant en CLSC.
- <sup>70</sup> VIENS, Chantal, LAVOIE-TREMBLAY, Mélanie et MAYRAND-LECLERC, Martine. *Optimiser votre environnement de travail en soins infirmiers*, Québec, Presses Inter-Universitaires, 2002.
- <sup>71</sup> Code du travail, article 21.
- <sup>72</sup> Syndicat des employé-e-s du Centre hospitalier Honoré-Mercier de St-Hyacinthe (CSN) et Association des infirmières et infirmiers du C.H. Honoré-Mercier et Réseau Richelieu-Yamaska Pavillon Honoré-Mercier, DTE (2001T-564), décision de Pierre Cloutier, commissaire du travail, confirmée par le Tribunal du travail dans Syndicat des employé(ées) du Centre hospitalier Honoré-Mercier et Réseau Santé Richelieu-Yamaska Pavillon Honoré-Mercier, décision du juge Louis Morin, 17 septembre 2001.
- <sup>73</sup> Syndicat professionnel des infirmières de Québec (SPIIQ) et Hôtel-Dieu de Lévis, dossier AQ-1005-2473, décision de Bernard Marceau, commissaire du travail, 19 novembre 2001.
- <sup>74</sup> QUÉBEC. *Projet de loi n° 30*, article 11.
- <sup>75</sup> QUÉBEC. Code du travail, article 39.
- <sup>76</sup> Autorisant d'autres catégories d'emploi, dans certaines circonstances, à exercer des activités autrefois réservées aux infirmières. (Dispositions relatives aux infirmières, aux infirmières auxiliaires, aux inhalothérapeutes et autres professions). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (L.Q. 2002, c. C-33) et Décret 1465-2002, (2002) 134 G.O. 11, 8645...
- <sup>77</sup> CHAYKOWSKI, Richard. « Syndicats, inégalité et distribution du revenu au Canada : résultats tirés de l'enquête sur la dynamique du travail et du revenu », *Gazette du travail*, vol. 2, n° 4.



- <sup>78</sup> QUÉBEC. *Projet de loi n° 7*, 2003.
- <sup>79</sup> QUÉBEC. *Projet de loi n° 30*, articles 22 et 33.
- <sup>80</sup> Ibid., articles 24 et 25
- <sup>81</sup> Ibid., article 36.
- <sup>82</sup> QUÉBEC. Loi concernant la prestation des services de soins infirmiers et des services pharmaceutiques, 1999, L.Q., c-39.
- <sup>83</sup> Code du travail, article 21.
- <sup>85</sup> Extrait tiré de la conférence de presse donnée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, le 11 novembre 2003, à l'Assemblée nationale.
- <sup>86</sup> Extrait tiré de la conférence de presse donnée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, le 11 novembre 2003, à l'Assemblée nationale.
- <sup>87</sup> QUÉBEC. *Code du travail*. Art. 77.
- <sup>88</sup> QUÉBEC. *Code du travail*. Art. 99.
- <sup>89</sup> QUÉBEC. *Projet de loi n° 30*. Art. 43.
- <sup>90</sup> QUÉBEC. *Code du travail*. Art. 79 et 99.3.
- <sup>91</sup> FORUM NATIONAL SUR LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE INFIRMIÈRE. P. 62.
- <sup>92</sup> QUÉBEC. *Projet de loi*. Art. 48.
- <sup>93</sup> QUÉBEC. *Code du travail*. Art. 79.
- <sup>94</sup> QUÉBEC. *Code du travail*. Art. 99.5.
- <sup>95</sup> L.R.Q., c. C-27, R-4.3.
- <sup>96</sup> QUÉBEC. *Projet de loi n° 30*. Art.51
- <sup>97</sup> QUÉBEC. *Projet de loi n° 30*. Art.59
- <sup>98</sup> QUÉBEC. *Code du travail*. Art. 92 et 99.8.
- <sup>99</sup> QUÉBEC. *Assemblée Nationale, Journal des Débats*, 20 novembre 2003
- <sup>100</sup> QUÉBEC. *Loi sur le régime de négociation*. Art. 73.
- <sup>101</sup> QUÉBEC. *Code du travail*. Art. 111.14.
- <sup>102</sup> QUÉBEC. *Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic*, L.R.Q. c. R-8.2, art. 37.
- <sup>103</sup> FIIQ, *Entente sur la prolongation jusqu'au 30 juin 1992 des conventions collectives se terminant le 31 décembre 1991 intervenues entre le gouvernement du Québec et les organisations syndicales suivantes : CSN, CEQ, FTQ, FIIQ, SFPQ*, 26 avril 1991, (document D2,du Conseil fédéral spécial du 26 avril 1991).



## **FÉDÉRATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC**

### **Siège social**

2050, de Bleury, 4<sup>e</sup> étage, Montréal (Québec) H3A 2J5  
(514) 987-1141 Téléc. (514) 987-7273

### **Bureau de Québec**

1260, bd Lebourgneuf, # 300, Québec (Québec) G2K 2G2  
(418) 626-2226 Téléc. (418) 626-2111

Site internet : [www.fiiq.qc.ca](http://www.fiiq.qc.ca) • Courriel : [info@fiiq.qc.ca](mailto:info@fiiq.qc.ca)

Décembre 2003