



**MÉMOIRE DE LA FIIQ ET DE SES
SYNDICATS AFFILIÉS**

**Dans le cadre de la consultation
faite par l'Agence de
développement de réseaux locaux
de services de santé et de
services sociaux de la Mauricie et
du Centre-du-Québec**

Montréal, le 23 mars 2004

Table des matières

Avant-propos

Introduction	1
La position de la FIIQ et de ses syndicats affiliés	1
Non à la loi 25.....	3
Une loi inutile	3
Une loi hasardeuse.....	4
Une loi incomplète	4
Une loi dangereuse	4
Une loi pernicieuse	5
Des conditions incontournables à la création de réseau intégré absentes de la loi 25.....	5
La liberté de choix d'un mécanisme d'intégration.....	5
L'implication des professionnel-le-s du réseau.....	6
Le développement de compétences particulières	6
Le développement et le partage d'information	6
L'allocation d'un financement transitoire	6
Une période de temps suffisamment longue	7
La présence d'une conjoncture propice au changement.....	7
L'implication et l'adhésion du personnel soignant dans le processus d'intégration de services.....	7
Les balises du MSSS et la création des réseaux locaux à l'échelle régionale.....	8
La position de la FIIQ et de ses syndicats affiliés en regard du ou des scénarios proposés par l'Agence ¹ de la Mauricie et du Centre-du-Québec.....	10
Le territoire et les fusions	11
Personnel soignant et pénurie.....	14
Participation des médecins omnipraticiens	15
Support financier	16
Conclusion	17
Notes	

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 Fédération des infirmières et infirmiers du Québec 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. 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 socioéconomiques sur la santé, de même que les effets parfois déplorables des décisions prises à tous les niveaux de la structure politique et hiérarchique. La Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, en tant qu'organisation syndicale, représente une très large majorité de femmes, qui sont à la fois professionnelles de la santé, travailleuses du réseau public, usagères des services et électrices, vise par ses orientations et ses décisions, la préservation des acquis sociaux, une plus grande égalité et plus de justice sociale.

Introduction

À l'automne 2003, le gouvernement libéral a entamé une réforme du système de santé qui s'inscrit dans le cadre de la réingénierie de l'État québécois. Comme le mentionnait M. Jean Charest lors du discours inaugural de la 37^e législature, cette réingénierie vise à «passer en revue l'ensemble des ministères, sociétés d'État, organismes publics et parapublics, ainsi que l'ensemble des programmes qu'ils administrent»². Examen auquel le système de santé ne devait pas échapper. Il s'agissait, entre autres, de réduire les structures mais aussi de décentraliser et de développer des partenariats avec les municipalités, les organismes communautaires et les entreprises privées.

En décembre 2003, le gouvernement adopte donc sous le bâillon, une série de lois dont la loi 25, illustrant bien la volonté du gouvernement de diminuer la taille de l'État et d'ouvrir le système de santé au partenariat public-privé. La Fédération des infirmières et infirmiers du Québec et ses syndicats affiliés se sont opposés fermement à l'ensemble de ces projets de loi. Aujourd'hui, relativement aux consultations régionales faites par les Agences de développement de réseaux de santé et de services sociaux, la FIIQ et ses syndicats affiliés désirent d'abord rappeler leur position pour ensuite la réaffirmer au niveau régional. Ainsi, nous ferons part à l'Agence de la Mauricie et du Centre-du-Québec de nos commentaires en regard du scénario proposé, en réaffirmant les conditions nécessaires au maintien d'un système de santé public et universel, dans le respect des travailleurs et des travailleuses du Québec.

La position de la FIIQ et de ses syndicats affiliés

La loi 25³, *Loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, représente, parmi l'ensemble des lois adoptées (7-30-31⁴) lors de la précédente session parlementaire, le cœur de la réforme du système de santé. Tout d'abord, sous le couvert d'améliorer les services de santé, cette loi légitime sournoisement la place du privé dans le réseau de la santé et des services sociaux (article 28) par le biais d'ententes de services. Elle force aussi les fusions d'établissements de missions différentes, permettant ainsi l'émergence de nouvelles possibilités de marchés publics, plus communément appelés partenariats public-privé.

Pour la Fédération et ses syndicats affiliés, ces objectifs permettent de mieux soumettre le réseau de la santé et des services sociaux aux accords de commerce sur les marchés publics, et ainsi, rétrécir la taille de l'État. La signature des accords de libre-échange et leur intégration dans la législation québécoise, sans consultation publique, permet de donner au marché le maximum de latitudes possibles. D'autre part, l'objectif visé est de céder à d'autres niveaux d'administration ce qui n'aura pas été cédé à l'entreprise privée; et, par conséquent, de décentraliser ce qui ne peut ou ne sera pas privatisé.

Par ailleurs, confronté à des coûts de main-d'œuvre de l'ordre de 80% des dépenses des établissements, le gouvernement doit mettre en place des conditions permettant la désyndicalisation d'une partie de la main-d'œuvre. Ces conditions seront désormais réalisées grâce aux lois 7, 30 et 31. Selon la FIIQ et ses syndicats affiliés, la loi 30 vise donc à affaiblir les organisations syndicales, tandis que la loi 31 facilite l'utilisation de la sous-traitance par un gouvernement qui cherche à se désengager et à désétatiser des services et des fonctions, en santé ou ailleurs. Cette loi facilitera donc la privatisation dans tous les secteurs de l'activité gouvernementale, y compris dans le réseau de la santé. Finalement, la loi 7 permet au gouvernement de retirer le droit à la syndicalisation à certains groupes que les tribunaux avaient pourtant reconnus comme salariés.

Pour les groupes de salariés qui resteront à l'emploi du réseau public, le projet de loi devrait donc permettre d'accroître la mobilité, la flexibilité et la productivité de la main-d'œuvre. Cette nécessité d'augmenter la productivité au travail, nettement inférieure dans le secteur des hôpitaux, a d'ailleurs été soulignée dans une publication datée de 1998, par Madame Monique Jérôme-Forget, aujourd'hui présidente du *Conseil du trésor*. La loi 25 vient donc renforcer ce processus amorcé par la désassurance de la convalescence lors du virage ambulatoire amorcé par le ministre Jean Rochon.

Pour la FIIQ et ses syndicats affiliés, cette réforme de la santé constitue bel et bien un projet politique qui s'inscrit de plusieurs façons dans la philosophie de libéralisme économique. En effet, cette réforme fait siennes les stratégies de la Banque mondiale, notamment, la décentralisation/régionalisation, la privatisation, la communautarisation, la tarification ainsi que le défaut de ressources, stratégie inscrite dans la nouvelle définition du rôle de l'État et dans la volonté de réduire les impôts au Québec. Rappelons qu'il

s'agit ici d'une première phase de la réforme, la deuxième devant survenir dans deux ans environ.

Non à la loi 25

Il est indéniable que le système de santé connaît des difficultés en ce qui concerne le continuum de services et le financement mais aussi la pénurie de personnel dans toutes les catégories d'emploi. Par ailleurs, nous savons tous que certaines plaintes enregistrées concernent l'accessibilité, la continuité et les listes d'attente. Par contre, selon la FIIQ et ses syndicats affiliés, la loi 25 ne permettra pas de résoudre les difficultés que connaît le système de santé québécois, qu'elles soient financières, spatio-temporelles, organisationnelles ou psychosociales.

Une loi inutile

En effet, la loi 25 constitue un leurre pour la population québécoise et donne l'illusion que le Parti libéral du Québec a rempli une de ses promesses électorales qui était d'abolir les régies régionales. En réalité, seul le nom de l'organisme a changé puisqu'elles conservent pour le moment les mêmes pouvoirs et devoirs ainsi que le même découpage territorial.

D'autre part, nous savons que la création de réseaux locaux de services intégrés ne s'actualise pas nécessairement par des fusions forcées d'établissements. À preuve, le processus d'intégration des services amorcé depuis un certain temps, s'est fait par le biais d'ententes de coordination, de tables ou comités de concertation, de programmes conjoints.

Aussi, la loi 25 apparaît inutile puisqu'elle ne s'attaque pas aux vrais problèmes de sous-financement, de mauvaise distribution des ressources et d'approches médicales de la santé. En regard de la pénurie, les changements viendront amplifier le phénomène car la FIIQ et ses syndicats affiliés sont convaincus que les chambardements à venir auront raison de la volonté de plusieurs infirmières de rester quelques années de plus au travail.

Une loi hasardeuse

Par ailleurs, la loi 25 comporte un certain nombre de risques, qu'il s'agisse des imprécisions concernant la composition des conseils d'administration, la consultation des employés, la durée effective de la loi, les fonctions et pouvoirs du ministre, la participation de la population et le flou juridique entourant les *Réseaux universitaires intégrés de santé* (RUIS). Alors qu'il est reconnu que le succès des changements organisationnels repose sur la collaboration des dispensateurs-trices de services, ces derniers-ères sont ignoré-e-s. Nous signalons que les délais de la consultation en cours sont complètement irréalistes étant donné l'ampleur des bouleversements que soutient cette réforme. Les agences, pressées par l'agenda ministériel et la date butoir du 30 avril sont aussi contraintes à faire des consultations dans des délais qui suscitent la méfiance de la part des intervenants du réseau.

Une loi incomplète

La loi 25 est muette sur un certain nombre d'éléments pourtant cruciaux dans un contexte de réseaux intégrés : le choix du médecin, le mode de rémunération des médecins, le mode d'organisation de la pratique médicale et de la pratique infirmière, l'allocation et la distribution des ressources. Ce dernier élément constitue pourtant l'une des causes des problèmes d'accessibilité et de continuité des services.

Une loi dangereuse

La loi 25 ne contient aucun cadre interprétatif faisant appel à des principes, à des valeurs. Les principes de la *Loi canadienne sur la santé* ne sont pas repris quoiqu'en ait dit le ministre de la Santé et des Services sociaux. La concentration des pouvoirs entre les mains du ministre demeure une incontestable source d'inquiétude.

La loi 25 ne fait aucune référence à la promotion de la santé, ni aux déterminants de la santé. Elle privilégie le *cure* et l'hébergement, alors que chacun-e sait que c'est souvent dans la prévention et la promotion de la santé à long terme que réside la santé. Bien que la nécessité d'un financement dédié au processus de création des réseaux soit

reconnue, aucun argent neuf n'est encore annoncé à ce jour; en conséquence aucun financement de la transition n'a été prévu.

Une loi pernicieuse

Les réseaux de services intégrés n'avaient nullement besoin d'une loi pour prendre vie; comme mentionné précédemment, l'objectif visé par la loi 25 est de favoriser l'ouverture du réseau à la privatisation et à la sous-traitance. Bien que cet objectif n'ait pas été débattu sur la place publique, le secteur privé est désormais reconnu officiellement comme partenaire du réseau public par la loi 25. De là à ce que soient déléguées à ces partenaires des fonctions, des activités et des missions jusqu'à maintenant produites, distribuées et gérées par le système public, il n'y a qu'un pas que la loi facilitera.

La loi 25 constitue un levier essentiel à la privatisation; surtout dans un contexte de pression à la désassurance et de projets de mise sur pied d'un système privé parallèle où l'on réinterprète les lois et, plus particulièrement, la *Loi canadienne sur la santé* en ce qui concerne les principes d'universalité et d'intégralité.

Des conditions incontournables à la création de réseau intégré absentes de la loi 25

Selon la FIIQ et ses syndicats affiliés, la réussite de l'intégration des services passe par le respect de certaines conditions; conditions pourtant absentes de la loi 25 mais aussi de tous les documents qui circulent au sein du ministère et du réseau.

La liberté de choix d'un mécanisme d'intégration

Les modèles d'organisation privilégiés dans les expériences en cours varient d'une région à l'autre selon plusieurs facteurs. Les tentatives de fusionner un CLSC et un centre hospitalier ont suscité une vive opposition, les craintes quant à la survie de la mission préventive des CLSC étant assez généralement partagées. Cette approche hospitalo-centriste est assez paradoxale dans un contexte où l'offre de services tend à se faire hors des murs de l'hôpital. Pour la FIIQ, dans un contexte où le modèle n'a pas encore fait ses preuves, il est essentiel que l'organisation de réseaux de services

intégrés se fasse sur une base volontaire et que les établissements maintiennent leur existence juridique.

L'implication des professionnel-le-s du réseau

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. En effet, l'établissement de réseaux intégrés nécessite des modifications aux pratiques professionnelles. Celles-ci ne peuvent se faire sans l'établissement de nouvelles relations de confiance. Les nouvelles pratiques professionnelles se sont d'ailleurs révélées déterminantes tant pour la forme que pour le degré de développement des réseaux intégrés.

Le développement de compétences particulières

La formation représente un instrument essentiel au développement de réseaux intégrés. Elle est nécessaire pour développer une compréhension commune du sens, de la portée, des exigences et des enjeux d'une véritable intégration des services; elle est soumise à un financement adéquat d'une part, et à la volonté des gestionnaires, d'autre part.

Le développement et le partage d'information

L'intégration des services repose sur la qualité de la liaison interprofessionnelle et interorganisationnelle. En effet, l'amélioration de l'informatisation participe à une meilleure coordination des services bien que les échanges d'information ne soient pas garantis par la seule présence de systèmes d'information. Ces derniers doivent s'appuyer, encore une fois, sur le développement préalable de relations de confiance entre les intervenant-e-s.

L'allocation d'un financement transitoire

Actuellement, le sous-financement chronique de programmes dans certaines régions compromet sérieusement l'introduction de mesures de réseautage et d'intégration des

services. Or, le présent contexte est peu propice à l'allocation de ressources financières transitoires pourtant nécessaires à l'introduction de changements significatifs dans les pratiques professionnelles, à la formation du personnel, à l'intensification des échanges d'expertises et au développement de systèmes d'information.

Une période de temps suffisamment longue

Dans l'intégration des services, le temps constitue un facteur important. L'intégration est un exercice long, difficile, exigeant tant pour les professionnel-le-s que pour les organisations. Elle commande des ajustements à l'organisation du travail, le développement d'une confiance mutuelle et c'est sans compter le partage de mêmes valeurs, de mêmes approches et d'orientations à privilégier, d'une culture organisationnelle, etc. En fait foi l'exemple des services géranto-gériatriques des Bois-Francis débuté dès 1994 et dont le rapport final a été présenté en 2001.

La présence d'une conjoncture propice au changement

La FIIQ estime que le contexte actuel se prête difficilement à la création de réseaux de services intégrés «mur à mur» dans le réseau de la santé. Une telle intégration s'avère périlleuse puisque, d'une part, les établissements doivent réaliser une foule d'activités reliées à la main-d'œuvre, qu'il s'agisse de planification, de pénurie ou de stabilité, etc.. D'autre part, ces dernières années ont été très difficiles pour le personnel du réseau, et notamment pour le personnel soignant. Une nouvelle réforme ne fera qu'y ajouter.

L'implication et l'adhésion du personnel soignant dans le processus d'intégration de services

Le personnel soignant a fait les frais des restructurations du réseau et n'en a retiré aucun bénéfice, bien au contraire. Changements structurels, rationalisations, compressions budgétaires, changements de pratiques professionnelles et institutionnelles ainsi que départs massifs à la retraite ont tous contribué à l'insatisfaction face aux conditions de travail et de vie au travail. Un tel taux d'insatisfaction est préoccupant pour la réussite de l'implantation de réseaux de services intégrés surtout lorsque l'on connaît le rôle central que le personnel soignant doit jouer dans une intégration de services réussie.

D'ailleurs, certains expert-e-s se demandent si la multiplication des réseaux intégrés ne pourrait pas éventuellement conduire à la désintégration du système de santé; ils se questionnent aussi quant à la nécessité de créer ces réseaux et pensent plutôt que la solution réside simplement dans une première ligne solide et bien organisée. Une chose est certaine, la loi adoptée en décembre dernier ne recèle aucun des ingrédients considérés essentiels par la FIIQ. Cette loi ne contient aucune des conditions nécessaires à la réussite de l'intégration des services. C'est pourquoi la FIIQ s'y est objectée et continue de le faire.

Les balises du MSSS et la création des réseaux locaux à l'échelle régionale

Les propositions des agences régionales s'appuient sur les orientations et les balises présentées par le ministère de la Santé et des Services sociaux. En effet, un document du ministère de la Santé et des Services sociaux daté du 3 février 2004 et intitulé *L'intégration des services de santé et des services sociaux*, trace les grandes lignes du projet organisationnel et clinique de même que les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Ce document ne fait pas la lumière sur les insuffisances et les flous de la loi 25; il renforce ainsi l'idée que la réforme entamée relève davantage de l'argument économique que d'une réelle volonté d'améliorer les services à la population.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux soutient que la création des réseaux intégrés représente à la fois un projet clinique, fonctionnel et structurel. Examinons tour à tour chacune de ces prétentions. Tout d'abord, comment définir un projet clinique? Le Grand dictionnaire terminologique donne la définition suivante de l'adjectif clinique : «se dit de tout ce qui concerne le malade au lit ou de ce qui est effectué, observé ou enseigné au chevet d'un malade, sur le patient, et non dans les livres ou par la théorie»⁵. Or, les balises identifiées pour la création de réseaux intégrés, assimilables au projet clinique (accès à une large gamme de services, pp. 8-10), ne comportent aucune nouveauté : il s'agit d'offrir des services de première ligne sur le territoire local, par l'entremise de différents fournisseurs qu'il s'agisse de l'instance locale, des médecins généralistes, des ressources d'hébergement institutionnelles et non institutionnelles, des

organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale, des pharmacies communautaires et des services hospitaliers généraux et spécialisés. Jusque là rien de nouveau. La seule nouveauté réside dans des services de première ligne offerts par «les autres ressources privées du territoire» et la création «des liens établis par entente ou par d'autres modalités de collaboration». Ces seuls éléments ne suffisent pas pour parler d'un projet clinique dans le cas des réseaux intégrés.

Les réseaux intégrés constituent-ils un projet fonctionnel? Le ministère nous dit que le projet «vise à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement des personnes dans le réseau» (p. 2). S'agissant d'un projet fonctionnel, il convient de s'interroger sur le processus, cet «ensemble d'activités logiquement interreliées produisant un résultat déterminé»⁶. Le projet maintient un double accès : deux guichets, soit l'instance locale et le cabinet privé. Rien de nouveau de ce côté. Comme autre balise, le ministère identifie également la standardisation de la pratique professionnelle pour simplifier les trajectoires cliniques. Les réseaux intégrés sont-ils nécessaires pour y arriver? Poser la question c'est y répondre. La clé, encore une fois, semble résider dans l'instauration d'ententes pour favoriser la complémentarité des services : organismes communautaires, entreprises d'économie sociale, ressources non institutionnelles et ressources privées deviennent ainsi officiellement des composantes du réseau de la santé et des services sociaux. C'est dans ce seul aspect que le projet fonctionnel représente une nouveauté.

En dernier lieu, il s'agit d'un projet structurel. Deux éléments en constituent les caractéristiques, soit la définition du territoire et la fusion des établissements. Le découpage territorial est fondamental à cet égard. Il doit se faire, pense le ministère, en fonction des habitudes de consommation de la population et s'harmoniser avec le découpage d'autres territoires administratifs. Selon le ministère, la taille du territoire doit répondre aux trois critères suivants : adéquation entre le territoire, la population desservie et les ressources disponibles. En fait, pour le ministère, il s'agirait de regrouper des territoires de CLSC. Quant à l'instance locale, le modèle de base consiste à fusionner des CLSC, CHSLD et CHSGS, ou en toute autre combinaison d'établissements (article 26), pourvu que le nombre total d'établissements actuellement existants diminue. Ces fusions forcées détermineront par la suite la fusion des

accréditations syndicales. C'est l'aspect structurel, à n'en pas douter, qui est le plus clairement défini à la fois par la loi 25 et par le document du ministère.

Des huit conditions d'intégration identifiées par la FIIQ énoncées plus haut, aucune n'est prise en considération par le MSSS qu'il s'agisse du développement de réseaux intégrés sur une base volontaire, de l'implication des professionnels-les, de la formation, des ressources financières transitoires, etc.. Surtout, devrait-on ajouter, l'implication et l'adhésion des travailleurs-euses et particulièrement des infirmières au processus d'intégration des services est loin d'être acquise. Est-il besoin de rappeler, encore une fois, que les structures du réseau de la santé n'ont cessé d'être modifiées depuis les quinze dernières années. Les résultats ont d'ailleurs été désastreux pour la santé des travailleurs-euses du réseau et particulièrement pour les infirmières. Selon une étude récente, il a été souligné que le niveau de détresse psychologique se situe à une moyenne de 20% dans la population québécoise, pour une moyenne de 54% en milieu hospitalier. Quant aux employés de la catégorie paratechnique et des soins infirmiers, ils présentent un risque 6,2 fois plus élevé que l'ensemble de la population québécoise d'atteindre un niveau élevé de détresse psychologique. Parmi les principaux facteurs de risque, signalons la surcharge quantitative, la faible reconnaissance-estime de l'entourage, l'effort mental, la faible participation aux décisions, la pression liée à l'impact des décisions et le conflit de rôle⁷. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a-t-il pris en considération l'état de santé du personnel de son réseau avant d'imposer ses fusions forcées? A-t-il prévu que les conséquences d'une telle réforme pourraient altérer la qualité et la continuité des soins en augmentant le taux d'épuisement professionnel déjà constaté, l'instabilité des équipes de travail, et en compromettant le sentiment d'appartenance des travailleurs?

La position de la FIIQ et de ses syndicats affiliés en regard du ou des scénarios proposés par l'Agence de la Mauricie et du Centre-du-Québec

D'entrée de jeu, la FIIQ et ses syndicats affiliés tiennent à répéter que les délais imposés par le Ministère témoignent d'une volonté d'imposer cette réforme en santé en faisant fi du point de vue et de l'expertise des acteurs du réseau et ce, malgré le fait que le ministre de la santé, Philippe Couillard, avait fait la promesse d'introduire la réforme «sans précipitation et de façon ordonnée»⁸. Au contraire, les délais de consultation ainsi

que ceux de mise en place des réseaux locaux risquent fort de compromettre l'intégration attendue par le ministère, et, comme il a été mentionné plus haut, une période de temps suffisamment longue doit être consacrée à la mise en place des réseaux de services intégrés.

La FIIQ et ses syndicats affiliés sont en accord avec la proposition de l'Agence de la Mauricie et du Centre-du-Québec, à savoir un découpage territorial en huit réseaux locaux qui exclut le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR) de l'instance locale. En effet, ce découpage correspond à la réorganisation entreprise antérieurement par la régie régionale puisque le processus de fusion des établissements est quasi achevé ayant réduit le nombre d'établissements de 47 à 25. Par contre, si l'agence entrevoit de nombreux avantages à la fusion d'établissements, la position de la FIIQ et de ses syndicats affiliés est plus nuancée à ce sujet et privilégie plutôt des ententes de services que des fusions forcées. En effet, nous profiterons de l'occasion qui nous est donnée de nous exprimer pour rappeler que les fusions d'établissements comportent de nombreux désavantages et qu'elles réclament certaines garanties comme un financement adéquat et un support au personnel soignant. Si ces garanties ne sont pas respectées, les fusions d'établissements peuvent entraîner des conséquences en ce qui concerne la mission des établissements fusionnés, la rétention et l'attraction de la main-d'œuvre infirmière et la pénurie et ainsi, avoir un impact sur les soins donnés aux patients. Un autre élément nous apparaît incontournable : la collaboration des médecins omnipraticiens qui doit se faire par la poursuite de l'implantation des GMF.

L *Le territoire et les fusions*

Le territoire détermine actuellement les orientations de la réforme dans toutes les régions et supprime de façon significative tous les autres aspects de la réforme. Ainsi, les fusions d'établissements sont basées sur ce découpage territorial; structure sur laquelle s'appuie la loi 25 pour intégrer les services. Ces territoires de réseaux locaux permettent de circonscrire un panier de services de santé en fonction d'une population donnée. Comme nous l'avons mentionné plus haut, les fusions ont des conséquences néfastes aussi bien sur le plan organisationnel que sur le plan de l'offre de services. Premièrement, la création de ces grands établissements risque d'instaurer une déshumanisation des processus administratifs et organisationnels et, par conséquent,

d'avoir un impact sur le moral du personnel et sur l'offre de services à la population. Pour cette raison, les établissements doivent conserver une taille à échelle humaine et doivent préférablement demeurer des entités autonomes sur le plan légal puisque la loi 25 est silencieuse en regard de la mission des établissements et de la composition du conseil d'administration de ces établissements fusionnés. Cette absence de précision de la loi ne permet pas de croire à la protection des missions des établissements. En effet, la *Loi sur la santé et les services sociaux du Québec* est plus précise et prévoit, en cas de fusion d'établissements, la composition du conseil d'administration d'un établissement. Nous savons que le CA de l'établissement est responsable, entre autre, d'adopter les budgets d'établissement. La loi 25 est également silencieuse à propos des entités telles que les comités des usagers, le Conseil des infirmières et infirmiers, le Conseil des sages femmes, etc.. Comment donc assurer la représentativité de ces entités si elles sont appelées à disparaître à l'issue des fusions d'établissements? Aussi, comment protéger la mission des CLSC, «clé de voûte de notre système» comme le déclarait le ministre Philippe Couillard, des CHSLD et des CH ainsi que les budgets alloués à chaque mission puisque rien dans la loi ne balise ces points cruciaux?

La FIIQ et ses syndicats affiliés croient que les décisions relatives à la composition des CA ne garantissent en rien la représentativité des établissements ainsi que leur mission. D'autant plus qu'il a été constaté, lors de la Commission parlementaire des affaires sociales en mai 1996, que les fusions faites dans les dernières années n'ont pas permis d'apporter des arguments en faveur des fusions entre établissements de missions différentes. Au contraire, les craintes exprimées devant la Commission des affaires sociales étaient à l'effet que les fusions renforçaient le milieu curatif, au détriment de la prévention ou au détriment du pouvoir local et du pouvoir des citoyens décideurs. En effet, la fusion des établissements aurait pour conséquence de faire disparaître la moitié des représentants de la population au conseil d'administration, de rapprocher l'établissement d'un niveau politique intermédiaire (la municipalité régionale de comté – MRC), et de drainer les ressources vers des soins plus complexes. Les bénéfices attendus dans la continuité des services sont-ils suffisants pour justifier des reculs sur d'autres plans, en l'occurrence au détriment de la première ligne? Par ailleurs, en regard de l'argument économique, les études n'étaient pas concluantes il y a quelques années et aucune autre étude n'a été entreprise pour évaluer les résultats des nombreuses fusions réalisées depuis. Les économies d'échelle sont réalisées, selon Michel Paquin

de l'ÉNAP, essentiellement «*dans les secteurs à forte intensité de capital alors que dans les établissements publics, on offre des services à forte intensité de main-d'œuvre*»⁹. Pas étonnant que le potentiel des fusions en terme d'économies ne génère pas de résultats appréciables, mais a plutôt contribué selon les témoignages recueillis par la revue *Interaction communautaire* (no 59, hiver-printemps 2002) à renforcer la bureaucratisation des établissements fusionnés. Ces témoignages viennent d'ailleurs confirmer les résultats de recherches antérieures où une augmentation de 11% des heures travaillées à l'administration a été observée¹⁰.

Il est clair que la priorité du gouvernement est de réaliser des économies d'échelle en fusionnant les établissements sur une base territoriale. Cette priorité se réalisera en s'appuyant sur le financement par programme-services et sur la méthode du *per capita* pondéré¹¹, un mode de financement ajusté à des indicateurs comme l'accès, la qualité, les coûts et les résultats sur la santé. Les instances locales qui ne rencontreront pas ces critères ou qui privilégieront une approche préventive axée sur les déterminants de la santé, verront-elles leur financement diminuer à cause de la faiblesse de leurs résultats ou d'échéanciers irréalistes? De plus, ce type de budgétisation aura-t-il pour conséquence d'obliger les établissements à diminuer les coûts pour des services comparables quand les dépenses seront supérieures aux prévisions, ou de permettre à d'autres «d'offrir un niveau de services plus élevé»¹² quand les dépenses seront inférieures?

Les craintes de la FIIQ et de ses syndicats affiliés sont très grandes lorsque l'on considère que le réseau de la santé de la Mauricie et du Centre-du-Québec est en proie à de fortes contraintes comme le vieillissement, la pénurie de main-d'œuvre, le sous-financement, la désuétude de certains services et le manque de places dans les CHSLD. Aussi, cette région n'échappe pas à une démobilisation des ressources humaines.

Par conséquent, la FIIQ et ses syndicats affiliés croient que, plutôt que d'améliorer les services à la population et le continuum de services, les fusions risquent d'aggraver la fragilité du réseau en alourdissant les processus administratifs, en déstabilisant les équipes de travail et en déshumanisant les soins. Par ailleurs, la méthode de financement envisagée, basée sur la responsabilisation des établissements et donc sur

la notion de résultats et d'imputabilité, met en péril la promotion et la prévention de la santé dont les effets ne peuvent être évalués qu'à long terme.

Personnel soignant et pénurie

La loi 25 a pour objectif, entre autres, une plus grande mobilité et disponibilité des ressources humaines. Les fusions d'établissement représentent l'un des moyens pour garantir cette mobilité du personnel à l'intérieur des établissements. Dans le cas du personnel soignant, et plus particulièrement celui des infirmières, la mobilité peut être soit géographique, soit professionnelle. En ce qui concerne la mobilité géographique, les distances représentent un enjeu non négligeable pour les infirmières puisque tous les aspects de la prise en charge des patients en dehors des CH (suivi ambulatoire, suivi systématique ou traitement à domicile) reposent sur les infirmières et représentent les enjeux de la réforme. Par conséquent, il y aura lieu de se questionner sur les règles qui sous-tendent cette mobilité géographique. En effet, si la convention collective en vigueur limite actuellement à 50 kilomètres les déplacements entre les points de services ou les établissements, quelles limites acceptera-t-on une fois les établissements fusionnés, dans un contexte de négociation locale des conditions de travail?

De la même manière, la mobilité professionnelle représente un enjeu majeur pour le personnel soignant. Que signifiera donc la mobilité professionnelle dans un établissement issu de la fusion de CHSLD et de plusieurs CLSC comme c'est le cas dans plusieurs des réseaux locaux du scénario de l'Agence de la Mauricie et du Centre-du-Québec? Par ailleurs, nous savons que le contexte de pénurie du personnel infirmier ne permet pas toujours à l'employeur de donner la formation nécessaire pour que les employés puissent changer de centre d'activités, non pas faute de moyens mais faute de la disponibilité du personnel soignant en pénurie.

Aussi, la fusion des accréditations ainsi que la décentralisation de la négociation vers le niveau local auront des conséquences significatives sur la mobilité du personnel. En effet, tout dépendant du mode de gestion de l'employeur ainsi que des conditions de travail négociées localement, il risque d'y avoir une disparité entre les différents établissements. Ces disparités pourraient entraîner des fuites de personnel dans certains établissements ou dans certains centres d'activités. La fusion des listes

d'ancienneté créera aussi de la mobilité à l'intérieur des instances locales. Par exemple, dans le cadre des fusions CLSC-CHSLD, les infirmières bachelières qui œuvrent actuellement dans les CHSLD pourraient être tentées de quitter leur poste à l'intérieur de l'instance pour travailler dans des établissements où ce titre est reconnu et rémunéré en conséquence. Tous ces changements influent directement sur la motivation ainsi que sur le sentiment d'appartenance du personnel soignant, sur la stabilité des équipes de travail, et par conséquent sur la qualité des soins.

La FIIQ et ses syndicats affiliés considèrent que le manque prévisible de formation, les changements successifs des horaires de travail ou des lieux de pratique, l'instabilité des équipes de travail et l'adaptation constante à des situations nouvelles sont autant de facteurs qui affectent la santé mentale du personnel soignant. D'autre part, nous pensons que la compétition qui risque de s'instaurer entre les différents établissements à l'issue de la négociation locale, aggravera la pénurie et aura un impact négatif sur les services de santé.

Participation des médecins omnipraticiens

La loi 25 prévoit l'intégration des cabinets privés aux réseaux locaux afin de renforcer la première ligne et de pallier le manque de continuité dans les soins. En fait, le désengorgement du réseau public devrait reposer sur la collaboration des médecins omnipraticiens qui œuvrent en cabinet privé mais qui ne sont liés par aucune obligation en terme d'offre de services à la population, de continuum de services et d'intersectorialité. L'implantation des GMF a été révélatrice à cet égard puisqu'elle a été ralentie à cause de la résistance des médecins omnipraticiens qui n'y trouvaient pas d'intérêt suffisant comme en témoigne cet extrait de l'éditorial de *l'Omni* :

Jusqu'ici, chez nous, l'intérêt n'y est pas. [...] Les 30 millions de dollars promis en 2002 pour mettre sur pied ces groupes sont destinés, cela on oublie de le mentionner, aux gestionnaires, aux infrastructures, à l'engagement des infirmières et à l'informatisation¹³.

L'Agence de la Mauricie et du Centre-du-Québec se voit donc dans l'obligation de créer des réseaux et d'y inclure la participation des médecins omnipraticiens qui représentent

382 équivalents temps plein pour la région. Or, la nature des ententes qui lieront les médecins aux réseaux locaux n'est nullement définie. Dans le cas des GMF, les médecins ont l'obligation de suivre des clientèles vulnérables; on connaît le rôle que les infirmières doivent jouer puisqu'une entente nationale a été négociée avec le Collège des médecins et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. En effet, les infirmières jouent un rôle déterminant au sein des GMF puisqu'elles sont des intervenantes pivot et que leur pratique a été enrichie dans le cadre de ce rôle. Dans le cas de la participation des médecins omnipraticiens aux réseaux, rien de tout cela n'est valable en terme de garanties. Nous avons vu plus haut que le financement nécessaire à la mise en place de GMF ne suffisait pas à convaincre les médecins omnipraticiens à collaborer à leur implantation; médecins, qui pourtant ont su faire preuve de créativité en créant les coopératives de solidarité santé. Bien que l'objectif de ces coopératives soit de fournir des services de santé à la population, elles confirment la place du privé dans les communautés. En effet, les citoyens, qui participent déjà au financement du réseau public par le biais de leurs impôts, souscrivent à des parts dont la somme varie entre 50\$ et 250\$ (Saint-Étienne-des-Grès) pour financer ces coopératives et en être membres. Dans d'autres cas, en plus des 10\$ que les citoyens doivent verser pour être membres, ceux-ci acceptent de verser une cotisation annuelle qui totalisera une somme de 70 000\$ pour financer le support administratif et les locaux (Saint-Thècle)¹⁴. Qui a avantage, dans les communautés, à créer des services parallèles de santé? La Caisse populaire Desjardins qui finance le prêt hypothécaire? Les médecins qui n'ont pas d'obligation de services envers l'État et demeurent des entrepreneurs privés? Est-ce que ces services allègent l'engorgement des urgences par des services fournis 24h sur 24 et 7 jours sur 7? Qu'en est-il des plus démunis qui ne peuvent déboursier de telles sommes? Comment se fait-il que le développement des GMF ne soit pas compris dans chacun des réseaux proposés par l'agence? Selon la FIIQ et ses syndicats affiliés, ces questions doivent être examinées surtout dans un contexte de réforme où la loi (25) prévoit la participation des médecins omnipraticiens à l'intégration des services.

Support financier

Que se soit depuis l'annonce de la loi 25, son adoption et sa mise en place, à aucun moment le ministre de la santé, Philippe Couillard, n'a fait mention d'un financement en ce qui concerne la création des réseaux locaux. Le ministre a même affirmé qu'une

approche intégrée de concertation devrait permettre d'assurer une meilleure utilisation des ressources disponibles. Or, la création de cette approche intégrée réclame un financement adéquat, détail que le ministre a omis de mentionner. L'Agence de la Mauricie et du Centre-du-Québec prévoit un tel financement. La FIIQ et ses syndicats affiliés voudraient s'assurer que les enveloppes budgétaires seront au rendez-vous.

Conclusion

La FIIQ et ses syndicats affiliés se sont prononcés contre la loi 25 parce qu'elle repose sur des fusions d'établissements forcées et que l'objectif principal de la loi est de faire des économies d'échelle en décentralisant les services et les responsabilités du palier régional vers le palier local. Par ailleurs, aucune des conditions essentielles à la réussite d'un projet d'intégration des services ne se retrouve dans la réforme entamée par le ministère, qu'il s'agisse de la liberté de choix, de l'implication des professionnel-le-s, du développement des compétences, du développement et du partage de l'information, de l'allocation d'un financement transitoire, d'une période de temps suffisamment longue, de la présence d'une conjoncture propice au changement ou de l'implication et de l'adhésion des infirmières dans le processus d'intégration de services.

Même si la FIIQ et ses syndicats affiliés sont en accord avec la proposition de l'Agence de la Mauricie et du Centre-du-Québec, à savoir un découpage territorial en huit réseaux locaux qui exclut le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR) de l'instance locale, nous tenons à rappeler que cette réforme pourrait engendrer une autre conséquence jugée plus grave, notamment une démobilisation du personnel soignant et particulièrement des infirmières, mais aussi une compétition entre les différents établissements en ce qui concerne l'attraction et la rétention du personnel.

Enfin, nous croyons que l'accès à la première ligne par le biais des médecins de famille doit être renforcé par l'implantation des GMF avec la garantie de développer la pratique infirmière, et non pas par le développement d'un réseau privé parallèle au réseau public qui risque de drainer davantage ressources financières et ressources humaines.

Notes

¹ Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

² *Discours du Premier ministre du Québec, M. Jean Charest, à l'occasion de l'inauguration de la 37e législature*, Québec, 4 juin 2003, [En ligne],

http://www.premier.gouv.qc.ca/general/discours/archives_discours/2003/juin/dis20030604.htm (page consultée le 10 mars 2004). Lors de ce discours le premier ministre a d'ailleurs clairement exprimé, par le désengagement de l'État et l'intrusion du privé dans le public, le caractère néolibéral de la réingénierie, rebaptisée, à la faveur d'un sondage SOM réalisé au coût de 9 000\$, comme étant une «modernisation»² de l'État. Dans Kathleen LÉVESQUE, «La «réingénierie» a changé de nom», *Le Devoir*, 26 février 2004, p. A-4. Il s'agit là selon l'auteure de l'article d'«un des vingt nouveaux contrats octroyés depuis janvier 2004 dans le cadre du plan de «réingénierie». L'ensemble des contrats totalise 465 280\$.»

³ *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, L.Q. 2003, c. 21 (ci-après citée Loi 25, d'après le numéro du projet de loi).

⁴ *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.Q. 2003, c. 12 (ci-après citée Loi 7, d'après le numéro du projet de loi); *Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic*, L.Q. c. 25 (ci-après citée Loi 30, d'après le numéro du projet de loi); *Loi modifiant le Code du travail*, L.Q. 2003, c. 26 (ci-après citée Loi 31, d'après le numéro du projet de loi).

⁵ Office québécois de la langue française, *Le grand dictionnaire terminologique* : clinique (adjectif), [En ligne], http://www.granddictionnaire.com/btml/fra/r_motclef/index1024_1.asp (page consultée le 8 mars 2004).

⁶ Office québécois de la langue française, *Le grand dictionnaire terminologique* : processus, *id.*

⁷ BRUN, Jean-Pierre et al., *Évaluation de la santé mentale au travail : une analyse des pratiques de gestion des ressources humaines (version abrégée)*, rapport de recherche, décembre 2002, [En ligne], <http://cgsst.fsa.ulaval.ca/chaire/fra/monographies.asp> (page consultée le 8 mars 2004). Université Laval – La santé mentale au travail : vers une crise des ressources humaines, communiqué de presse, 11 décembre 2002, [En ligne], <http://www.cnw.ca/releases/December2002/11/c2367.html> (page consultée le 28 février 2003).

⁸ Notes du ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Philippe Couillard, pour la conférence de clôture du XXXIXe Congrès de l'Association des hôpitaux du Québec, Montréal, 9 mai 2003.

⁹ Michel PAQUIN, «Les fusions d'établissements : un point de vue critique», *Administration hospitalière et sociale*, mars-avril 1983, p. 13, cité dans Jean-Claude DESCHÊNES, *Les regroupements entre centres hospitaliers de courte durée et centres locaux de services communautaires*, s.l., s.é., 1996, p. 84.

¹⁰ André BEAUPRÉ, *Impacts sur la clientèle de l'intégration de centres d'hébergement et de soins de longue durée à des centres hospitaliers*, s.l., Essai en santé communautaire présenté pour l'obtention du grade de maître ès sciences (M. Sc.), Université Laval, 1995, pp. 78-79.

¹¹ Le *per capita* pondéré se calcule à partir de la consommation moyenne de services de l'ensemble de la population pondéré principalement par l'âge, le sexe et le statut socio-économique de cette population. MSSS, *La budgétisation et la performance financière des centres hospitaliers*, 2002. p.21.

¹² *Ibid.*

¹³ Dr Marc-André Asselin, «L'inscription de la clientèle : un modèle montréalais?», *l'Omni*, volume 25, no 1, février 2002, p.1. maître ès sciences (M. Sc.), Université Laval, 1995, pp. 78-79.

¹⁴ Jean-pierre Girard, *Il était une fois les coopératives de santé, Le cas du Québec*, *Makingwaves*, volume 14, numéro 3, 2003.