



**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 Montréal**

Montréal, le 19 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
Les scénarios proposés en Montérégie	10
Le territoire de la Montérégie.....	11
Les fusions forcées.....	12
Les réseaux intégrés spécialisés.....	14
Financement du changement	15
Personnel soignant et pénurie.....	16
Support financier	17
Conclusion	18
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 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. 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 FIIQ, 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»¹. 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 Montérégie 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 25², *Loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, représente, parmi l'ensemble des lois adoptées (7-30-31³) 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 chacune 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»⁴. 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»⁵. 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 rôle⁶. 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?

Les scénarios proposés en Montérégie

Se basant sur le plan stratégique 2003-2006, adopté en mars 2003, par le conseil d'administration en vertu de la Loi 28⁷, *Pour une garantie de services*, l'Agence régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie propose différents scénarios de fusions forcées d'établissements. Avant de nous attarder à ceux-ci, considérons d'abord le découpage territorial de la Montérégie aux fins de réseaux intégrés.

Le territoire de la Montérégie

La Régie régionale de la Montérégie a, depuis un certain nombre d'années, pris l'habitude de découper son territoire en sept sous-régions. Toutefois, de l'aveu même de la Régie régionale, cette expérience n'a pas produit les résultats souhaités⁸. Par ailleurs, comme le souligne si bien la Régie régionale : «en Montérégie, la délimitation territoriale pose des défis majeurs : les conditions jugées favorables à la mise en place d'un réseau de services sont rarement entièrement réunies pour un même territoire»⁹. Si l'on ajoute à cela le fait que «tout exercice de regroupement de territoires de CLSC en territoires de services plus vastes aurait pour conséquence, dans les portraits qu'on en ferait, de niveler les écarts, au point de camoufler certaines situations totalement opposées lorsque observées à l'échelle locale»¹⁰, force est de constater que la seule unité viable en Montérégie s'avère le territoire local de CLSC. Ce dernier est d'ailleurs le territoire reconnu au niveau provincial comme étant le territoire le plus représentatif du niveau local dans le réseau de la santé et des services sociaux.

L'adoption du territoire local de CLSC ajoute peu de réseaux : en effet, l'actuelle proposition de l'Agence régionale, selon les différents scénarios proposés, ferait en sorte de créer entre dix et treize réseaux locaux. L'utilisation du territoire local de CLSC porterait ce nombre à dix-neuf. De plus, ce découpage serait plus représentatif des populations et des réalités locales.

Pour Longueuil, la création de cinq réseaux locaux plutôt que deux ou trois, ramènerait la taille de la population couverte à une dimension plus humaine. En effet, la proposition actuelle crée plusieurs réseaux de 200 000 personnes et plus, soit près de trois fois la moyenne de personnes par territoire de CLSC, laquelle avoisine les 70 000 personnes.

La région de Saint-Jean constitue un grand territoire divisé par le passage de l'autoroute que la population du territoire de Richelieu ne franchit pas pour l'obtention de services de santé et de services sociaux. Richelieu ne constitue pas un territoire desservi par le centre hospitalier. C'est également une région où il manque de médecins et où les heures d'ouverture des cliniques sont insuffisantes de telle sorte que le centre

hospitalier est utilisé comme clinique médicale. Comment la collaboration des médecins sera-t-elle assurée dans cette région?

Le territoire du CLSC La Presqu'île se caractérise par de jeunes familles, de nombreuses naissances et une quantité impressionnante de services reçus sur l'île de Montréal. Encore une fois, il s'avère peu justifié de regrouper ce territoire avec celui de Valleyfield.

Quant au territoire de Saint-Hyacinthe, l'Agence régionale n'est sans doute pas sans savoir que la MRC d'Acton est relativement éloignée et en milieu rural. De plus, la population va autant à Granby qu'à Saint-Hyacinthe ou Drummondville pour l'obtention des services de santé, d'où la difficulté de regrouper ce territoire notamment avec Saint-Hyacinthe. Quant aux territoires Des Patriotes et des Seigneuries, ils présentent une certaine homogénéité dans les populations qu'ils abritent.

Dans la région de Granby, il existe déjà des ententes de services entre les établissements. D'ailleurs, dans cette région comme dans celle de Sorel, il manque des lits de longue durée pour la population âgée.

En somme, le découpage territorial ne devrait pas mener aux fusions des établissements. En conformité avec les principes énoncés plus haut, la Fédération et ses syndicats affiliés privilégient les corridors de services obtenus par ententes interétablissements pour la création de réseaux intégrés. Cette formule, beaucoup plus souple, est susceptible de mieux susciter l'adhésion des professionnel-le-s de la santé et des services sociaux, adhésion essentielle à la réussite des réseaux de services.

Les fusions forcées

Alors que l'esprit du réseau intégré consiste à associer de manière durable médecine et santé publique¹¹ d'une part, nous retrouvons une instance locale au cœur même du réseau proposé par la Loi 25 et l'Agence régionale; c'est-à-dire un établissement provenant de la fusion forcée d'établissements dont deux des composantes (le CHSGS et le CHSLD) offrent des services de deuxième ligne. D'autre part, quelle est la place de la médecine et du médecin dans le projet de réseaux locaux de services intégrés? Bien que près de 70% des services médicaux soient produits en première ligne (hors des

centres hospitaliers)¹², les médecins seront associés par entente au réseau local. Dans bien des localités de la Montérégie, leur présence est déficiente. En effet, bien que le nombre de médecins soit suffisant sur l'ensemble du territoire, selon les normes en vigueur, leur mauvaise répartition dans la région crée des disparités. Ainsi en est-il pour la région de Saint-Jean, caractérisée par un manque de médecins de famille et les trop courtes périodes de disponibilité des médecins en cabinets.

De l'avis de la FIIQ et de ses syndicats affiliés, les changements en cours sont loin de se faire dans l'esprit d'un rapprochement entre médecine et santé publique; ce sont plutôt les contraintes structurelles qui balisent la création des réseaux intégrés plutôt que l'amélioration de l'état de santé de la population qui prévaut. La réforme annoncée leurre la population par rapport à l'amélioration des soins.

Essentiellement, 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. Rien ne permet de croire qu'il en serait autrement huit ans plus tard. En effet, la fusion des établissements ferait nécessairement disparaître de nombreux représentants de la population au conseil d'administration, rapprocherait l'établissement d'un niveau politique intermédiaire (la municipalité régionale de comté – MRC), et risquerait de drainer les ressources vers les soins plus complexes. Les bénéfices attendus dans la continuité des services sont-ils si évidents pour justifier ces reculs sur d'autres plans, en l'occurrence au détriment de la première ligne?

En regard des économies éventuelles, les études effectuées n'étaient pas concluantes il y a quelques années. À notre connaissance, aucune autre étude n'a été entreprise pour évaluer les résultats des nombreuses fusions réalisées depuis. Essentiellement, les économies d'échelle sont réalisées, selon Michel Paquin de l'ÉNAP, «*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*»¹³. 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 observée¹⁴. De plus, certains documents de consultation ont déjà identifié explicitement comme un avantage, comme un défi de gestion, la complexité d'un futur établissement fusionné. Par ailleurs, il semble que les «*gains réalisables [soient] associés autant à la façon d'organiser le travail qu'aux économies d'échelle* »¹⁵. Il y a plusieurs années déjà que la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec se dit prête à revoir l'organisation du travail. Cette position est restée jusqu'à maintenant sans écho.

La Fédération des infirmières et infirmiers du Québec et ses syndicats affiliés estiment que les fusions risquent de se faire au détriment des missions propres à chaque catégorie d'établissement et ce, sans que les bénéficiaires escomptés pour la population ne soient assurés. Les missions des instances locales, issues des fusions forcées, n'ont pas été définies dans la Loi 25; rien n'indique une quelconque volonté de préserver les missions des établissements telles qu'elles existent actuellement. Les missions et les budgets propres aux établissements actuels doivent être mis à l'abri des abandons ou des transferts. S'il est besoin d'améliorer la gestion, notre Fédération se dit toujours prête à revoir l'organisation du travail.

Par ailleurs, la fusion forcée des établissements, en Montérégie comme ailleurs, ne solutionne d'aucune manière la question de la première ligne. Quelle solution l'Agence régionale envisage-t-elle pour la première ligne de services de santé et de services sociaux en Montérégie?

Les réseaux intégrés spécialisés

Il ne fait pas de doute que les réseaux intégrés que veut imposer le ministère de la Santé et des Services sociaux viendront se superposer aux efforts de création de réseaux intégrés entrepris par les milieux de soins. À cet égard, la région de la Montérégie ne fait pas exception. Ainsi, en Montérégie différents projets sont en cours :

- 8 projets de réseaux de services intégrés PAPA sont à l'agenda de la région. Faute de ressources, seulement deux de ces projets sont en voie d'implantation. On observe une absence de médecins dans la coordination de ces réseaux de services;
- Un Réseau Cancer Montérégie s'adresse aux personnes souffrant de cancer;
- Deux projets de réseaux intégrés en santé mentale : l'un pour les enfants, l'autre pour les adultes. Ces projets sont également sous-financés.

Il a été observé que «les initiatives de développement de réseaux de services intégrés émergent, en majorité, des milieux institutionnels ou spécialisés plutôt que de l'univers des services de première ligne»¹⁶. Faut-il s'en étonner? Ce sont sans doute ces personnes aux prises avec des problèmes de santé physique ou mentale chroniques qui nécessitent un réel suivi, lequel requiert une coordination des ressources sur le terrain.

Tels que proposés, les réseaux intégrés, créés par fusion des établissements viendront se superposer aux réseaux spécialisés. Quelle coordination est prévue entre les réseaux spécialisés existants et les réseaux à être créés par la fusion forcée des établissements? C'est le néant autant dans la Loi 25 que dans les documents de consultation de l'Agence de la Montérégie. C'est bien là une raison supplémentaire qui nous fait dire que finalement, l'intégration des services constitue bien davantage une orientation managériale visant le contrôle de l'efficacité et de l'efficience que l'amélioration des soins aux patients.

Financement du changement

L'Agence régionale semble compter sur un éventuel financement per capita pour améliorer l'offre et le financement des services de santé et des services sociaux en Montérégie. Cette amélioration se fera-t-elle au détriment des autres régions du Québec? Cette amélioration se fera-t-elle par la contribution des usagers comme le laisse croire l'introduction du privé dans les réseaux intégrés? Le paiement à l'acte des médecins sera-t-il revu et l'enveloppe régionalisée, voire «localisée» afin d'assurer une meilleure répartition des médecins sur le territoire? Trop de questions restent encore sans réponse.

Aucun montant n'est prévu pour la transition alors que, comme chacun le sait, une réforme nécessite toujours des investissements, notamment des investissements de transition. Or, rien n'est prévu à cet effet.

Personnel soignant et pénurie

Il ne fait pas de doute que les fusions forcées des établissements, en aucune façon nécessaires pour réaliser des réseaux intégrés de services, aboutiront, comme cela a d'ailleurs été le cas lors du virage ambulatoire, à un accroissement de la productivité. Il s'agit d'ailleurs d'un moyen identifié pour accroître la mobilité tant géographique et professionnelle du personnel. L'Agence régionale ne s'en cache d'ailleurs pas : au chapitre des conditions favorables qu'elle entrevoit pour l'implantation du nouveau modèle d'organisation, elle cite, pour la gestion des ressources humaines, la délégation de certains actes et la gestion « multisites » des ressources humaines¹⁷. Ces affirmations, loin d'apaiser les craintes, sont plutôt de nature à les accroître.

Ces conditions favorables, identifiées par l'Agence régionale de la Montérégie, s'avèrent plutôt en réalité des conditions adverses à la réussite des réseaux intégrés. Encore une fois, rappelons que le réseau de la santé et des services sociaux du Québec a été en perpétuelle transformation depuis les 15 dernières années. Le personnel et les infirmières en ont fait largement les frais. Les chiffres évoqués ci-haut relativement au taux de détresse psychologique en milieu hospitalier en font foi. Voici que l'Agence pense ajouter encore aux facteurs de risques en envisageant la mobilité « multisites ». La mobilité géographique permettrait notamment de contourner l'actuelle règle des 50 km inscrite à la convention collective. Or, l'amélioration des soins ne passe pas par la mobilité des ressources humaines. C'est un leurre. Le personnel ne veut pas de mobilité, il recherche plutôt la stabilité.

Par contre, la mobilité professionnelle représente un enjeu majeur pour le personnel soignant. Que signifierait donc la mobilité professionnelle dans un établissement issu de la fusion de CHSGS, de CHSLD et de plusieurs CLSC comme cela est le cas dans plusieurs des réseaux locaux? Actuellement, la notion de centre d'activité ne permet pas de déplacer les salariés dans les CH et les CHSLD, par contre, cette notion ne s'applique pas dans les CLSC où l'employeur pourrait désormais déplacer les infirmières d'un CLSC à l'autre. Par ailleurs, nous savons que le contexte de pénurie du personnel

infirmier ne permet pas toujours à l'employeur de donner la formation nécessaire qui permettrait de changer de centre d'activité, non pas faute de moyens mais faute de la disponibilité du personnel soignant en pénurie. Par ailleurs, depuis le 1^{er} janvier 2004, les employeurs dont la masse salariale annuelle ne dépasse pas un million de dollars n'ont plus l'obligation de comptabiliser leurs dépenses de formation admissibles, de les déclarer au ministère du Revenu et de répondre aux autres exigences administratives de la *Loi favorisant le développement de la formation de la main-d'œuvre*, appelée communément *Loi du 1%*¹⁸. Cet assouplissement de la loi dégage de nombreux employeurs de leurs obligations de formation.

Comme nous le mentionnions plus haut, outre le manque de formation prévisible, les changements successifs des horaires de travail ou des lieux de pratique, l'instabilité des équipes de travail, l'adaptation constante à des situations nouvelles sont autant de facteurs qui affectent la santé mentale du personnel soignant, risquent d'aggraver la pénurie et d'avoir un impact significatif sur les services de santé. En conséquence, la question adressée plus haut au ministère de la Santé et des Services sociaux doit être reprise à l'intention de l'Agence régionale : l'Agence a-t-elle pris en considération l'état de santé du personnel de son réseau avant d'imposer des fusions forcées dans le but de créer de la mobilité entre les sites d'un même établissement? A-t-elle prévu les conséquences d'une telle réforme sur le taux d'épuisement professionnel déjà constaté, sur l'instabilité des équipes de travail et sur le sentiment d'appartenance des travailleurs et des travailleuses du réseau?

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. La FIIQ et ses syndicats affiliés comprennent difficilement comment la création de nouveaux établissements publics, l'instauration de nouveaux protocoles de suivi, la standardisation des pratiques, la création de corridors de services, la formation des professionnels, etc., pourraient se réaliser sans davantage de ressources financières alors que, dans

certaines régions, la réorganisation prévoit le financement de démarrage nécessaire à l'intégration des cabinets privés dans les réseaux locaux.

Conclusion

La FIIQ vous a fait part plus haut d'un certain nombre de conditions essentielles à la réussite d'un projet d'intégration des services de santé et des services sociaux au Québec. Or, le projet d'intégration proposé en Montérégie n'en rencontre aucune, 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.

À défaut de rencontrer ces conditions jugées essentielles par la FIIQ et ses syndicats affiliés, il apparaît qu'à tout le moins le territoire local de CLSC, reconnu pour être le territoire de référence dans le secteur de la santé et des services sociaux devrait être respecté pour la création de réseaux locaux en Montérégie.

Qui plus est, des trois tendances identifiées en gestion des organisations, à savoir l'orientation client, l'orientation «processus» ou réingénierie en santé et l'orientation performance et qualité totale, il semble bien que ce soit les deux orientations «processus» ou réingénierie en santé et performance et qualité totale, que privilégie la présente réforme. L'orientation client n'est utilisée, dans le discours du ministre de la Santé et des Services sociaux et de l'Agence régionale de la Montérégie, que comme un paravent pour une réforme de structures qui ne constitue qu'un leurre pour la population.

Notes

¹ *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»¹ 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\$.»

² *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).

³ *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).

⁴ 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).

⁵ Office québécois de la langue française, *Le grand dictionnaire terminologique : processus*, *id.*

⁶ 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).

⁷ *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, L.Q. 2001, c. 24 (ci-après citée Loi 28, d'après le numéro du projet de loi). Cette loi prévoit en effet à son article 51 que la régie régionale doit «soumettre au ministre pour approbation un plan stratégique triennal d'organisation de services.»

⁸ RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE, Groupe d'étude sur les modes d'organisation et de gouverne (GÉMOG), *Vers un nouveau modèle d'organisation et de gouverne en Montérégie*, document de réflexion, novembre 2003, p. 25.

⁹ *Id.*, pp. 29-30.

¹⁰ *Id.*, p. 9.

¹¹ BOELEN, Charles, *Vers l'unité pour la santé. Défis et opportunité des partenariats pour le développement de la santé*. Document de travail, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001, WHO/EIP/OSD/2000.9, [En ligne], http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_EIP_OSD_2000.9_fre.pdf (page consultée le 13 mars 2004).

¹² AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, *Portrait territorial. Sous-région Granby-Cowansville. État de santé et données sur les services*. Document de travail, Longueuil, l'Agence, février 2004, tableau «Consommation et production des services médicaux en omnipratique, territoire Granby-Cowansville, Montérégie».

¹³ 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.

¹⁴ 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.

¹⁵ Julien MICHAUD, *Les fusions et mises en commun. CLSC – autres établissements. Portrait et analyse*, s.l., s.é., 1995, p. 12.

¹⁶ RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE, Groupe d'étude sur les modes d'organisation et de gouverne (GÉMOG), *Vers un nouveau modèle d'organisation et de gouverne en Montérégie*, op. cit., p. 13.

¹⁷ *Id.*, p. 42.

¹⁸ L.R.Q., c. D-7.1.