



**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
l'Abitibi-Témiscamingue**

Montréal, le 2 avril 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 scénario proposé par l'Agence de l'Abitibi-Témiscamingue.....	10
Le territoire et les fusions forcées.....	12
Personnel soignant et pénurie.....	15
Infirmières praticiennes de première ligne.....	16
Support financier.....	17
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 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 l'Abitibi-Témiscamingue 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?

La position de la FIIQ et de ses syndicats affiliés en regard du scénario proposé par l'Agence⁷ de l'Abitibi-Témiscamingue

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'implanter 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, ait 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.

Avant d'aller plus loin, il est pertinent de rappeler que la région de l'Abitibi-Témiscamingue se distingue par certaines particularités qui ne peuvent être ignorées en regard de l'organisation de ses services de santé. En effet, comme il est mentionné dans le document de consultation de l'agence de l'Abitibi-Témiscamingue, les enjeux de santé et de bien-être sont grands dans cette région puisque la population est décroissante, moins scolarisée, connaît un taux de chômage élevé, etc.. Ces facteurs déterminants de la santé ont évidemment une influence sur l'espérance de vie, sur les taux de cancer du poumon, de maladies cardiovasculaires ou de l'appareil respiratoire et le taux de mortalité par suicide. Taux dont l'Abitibi-Témiscamingue détient les tristes records pour la province de Québec. À cela s'ajoute la réalité d'une population dispersée sur un vaste territoire (65 377 km²) où le manque de médecins est récurrent (omnipraticiens et spécialistes), ce qui compromet l'accès aux soins de santé et de services sociaux. Ces caractéristiques ont une influence directe sur la santé de la population et sur la consommation des services de 2^{ième} ligne, dont la moyenne est plus élevée qu'ailleurs au Québec⁹, et de 3^{ième} ligne qui, dans la plupart des cas, sont fournis dans les grands centres, faute de disponibilité sur le territoire.

Rappelons aussi que l'objectif de la réforme est de placer les citoyens au centre des services de santé et de services sociaux et de garantir un continuum de services. Cet objectif s'appuie essentiellement sur la fusion d'établissements de missions différentes (CH, CLSC et CHSLD) en une instance locale et la création de partenariats avec les autres fournisseurs de services afin de créer un réseau qui couvre la totalité du panier de services.

Pour la FIIQ et ses syndicats affiliés, le modèle proposé par la loi 25 ne résoudra pas les problèmes liés à la grandeur du territoire, à la pénurie de médecins et d'infirmières, à l'absence de services spécialisés et sur-spécialisés et au sous-financement régional. Il n'agira pas non plus sur les déterminants de la santé et du bien-être évoqués plus haut. Plus grave encore, cette réforme risque d'avoir un impact négatif sur certains points comme les missions d'établissements, la disponibilité et la mobilité des ressources humaines et par conséquent sur l'offre de services.

Le territoire et les fusions forcées

L'agence de l'Abitibi-Témiscamingue propose le statu quo en ce qui concerne le territoire puisque les six réseaux envisagés correspondent aux territoires déjà desservis par les CLSC et au sentiment d'appartenance de la population. Par ailleurs, trois des territoires locaux (Abitibi-Ouest, Témiscaming et Ville-Marie) possèdent des établissements fusionnés avec les missions CH-CLSC-CHSLD. Par conséquent, l'agence propose de fusionner sur les trois autres territoires (Abitibi, Rouyn-Noranda et Vallée-de-l'Or) les établissements qui représentent ces trois missions. À cet égard, la FIIQ et ses syndicats affiliés désirent rappeler que, contrairement à la *Loi sur la santé et les services sociaux du Québec*, la loi 25 est silencieuse en regard de la mission des établissements et de la composition du conseil d'administration des établissements fusionnés. Selon nous, cette absence de précision 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* prévoit, en cas de fusion d'établissements, la composition du conseil d'administration du nouvel établissement. Or, nous savons que le CA est responsable, entre autre, d'adopter les budgets d'établissement, aspect non négligeable de l'organisation des soins. Aussi, la loi 25 est silencieuse à propos des entités telles que les comités des usagers, le Conseil des infirmières et infirmiers, etc.. Comment assurer désormais la représentativité de ces entités si elles sont appelées à disparaître à l'issue des fusions d'établissements telles que proposées par la loi 25? 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 loi 25 prévoit la création de nouveaux établissements par la création d'instances locales et par l'émission de lettres patentes, dont le financement sera déterminé selon une logique de programme-services et calculé selon la méthode du *per capita* pondéré¹⁰. Ce nouveau type d'organisation risque de compromettre les budgets respectifs des différentes missions. En effet, ce mode de financement sera 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»¹¹ quand les dépenses seront inférieures?

La menace est réelle pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue puisque celle-ci a connu un déficit de 315 864 \$ pour l'exercice financier 2002-2003. Déficit particulièrement criant pour certains établissements comme les Centres de santé¹². Or, nous constatons que les établissements dont la vocation est davantage sociale - volet particulièrement difficile à implanter - connaissent de plus gros déficits (Centre de jeunesse, CH de soins psychiatriques, Centres de santé). Ne risque-t-on pas de sacrifier les missions de ces établissements au profit de l'équilibre budgétaire souhaité par le ministère de la santé et des services sociaux?

La FIIQ et ses syndicats affiliés croient donc que les fusions, telles que proposées par la loi 25, ne garantissent en rien la composition des CA et 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 pourrait avoir pour effet 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»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.

D'autre part, si la création de réseaux locaux vise à assurer un continuum de services à la population sous la coordination des instances locales, encore faudrait-il envisager un continuum inter-régional dans le cas de l'Abitibi-Témiscamingue. Comme nous le disions plus haut, les services spécialisés et sur-spécialisés sont très souvent assumés dans les grands centres. Certains patients qui reçoivent leur congé de l'hôpital dans ces grands centres, particulièrement les fins de semaines, ont du mal à bénéficier du suivi ambulatoire post-opératoire qu'ils devraient recevoir auprès des CLSC. D'une part, parce que le lien fonctionnel n'est pas établi de manière formelle entre l'établissement qui a soigné le patient et celui qui le reçoit (pas de garantie de suivie); et d'autre part, parce que les CLSC qui doivent faire ce suivi post-opératoire n'offrent pas de plages horaires suffisamment grandes pour garantir le continuum de soins à partir du vendredi et durant la fin de semaine.

Compte tenu de la réalité très particulière de l'Abitibi-Témiscamingue, la FIIQ et ses syndicats affiliés croient que, plutôt que d'améliorer les services à la population et le continuum de services, les fusions forcées risquent d'aggraver la fragilité du panier de services en compromettant les missions d'établissements et qu'elles ne résoudront pas les problèmes d'accessibilité. 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. Approche en santé absolument primordiale en Abitibi-Témiscamingue.

Personnel soignant et pénurie

La FIIQ et ses syndicats affiliés pensent que les notions de plus grande mobilité et de disponibilité des ressources humaines, inscrites dans la loi 25, offriront à certains employeurs l'opportunité de déplacer ces ressources humaines à l'intérieur des instances locales, et ce, sans considération pour les spécialités ou les compétences de ces ressources humaines. À preuve, cet aveu de l'agence de l'Abitibi-Témiscamingue à la page 10: «les établissements qui ont uniquement des missions régionales [...] ne sont pas touchés par des modifications organisationnelles ni par des transferts de personnel». Affirmation qui sous-entend que les établissements fusionnés seront touchés par des transferts de personnel. En effet, 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, l'enjeu est majeur en ce qui concerne la région de l'Abitibi-Témiscamingue puisque les points de services sont souvent éloignés à plus de 50 kilomètres, limite inscrite dans la convention collective actuellement en vigueur. Aussi, 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 CHSLD et de plusieurs CLSC comme c'est le cas dans plusieurs des réseaux locaux du scénario de l'agence de l'Abitibi-Témiscamingue? 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.

Ainsi, la fusion des accréditations ainsi que la décentralisation de la négociation vers le niveau local (loi 30), conjuguées aux fusions administratives (loi 25) 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 quitter leur poste à l'intérieur de l'instance pour travailler dans les centres d'activités où ce titre est reconnu et rémunéré en conséquence.

Comme il a été mentionné ci-haut, 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, pourrait aggraver la pénurie et pourrait avoir un impact négatif sur les services de santé.

! Infirmières praticiennes de première ligne

L'agence de l'Abitibi-Témiscamingue propose d'inscrire au sein de chaque instance locale des infirmières praticiennes de première ligne dont les champs d'action seraient l'évaluation, la promotion et la prévention, l'éducation, le diagnostic et le traitement de maladies et traumatismes mineurs et chroniques, les soins de santé primaires reliés à la reproduction, les soins palliatifs, la santé mentale, la coordination et la prestation de services de réadaptation, la coordination et la référence aux autres services de santé, les soins et le support.

Bien que la FIIQ et ses syndicats affiliés appuient fermement le développement de pratiques avancées pour les infirmières, nous voyons mal comment la région de l'Abitibi-Témiscamingue pourrait faire appel à des infirmières praticiennes puisqu'il n'y en a pas encore au Québec. En effet, celles-ci doivent recevoir une formation spécialisée dont le cadre réglementaire devrait être adopté seulement au printemps 2004 dans les secteurs cliniques suivants : néonatalogie, néphrologie et cardiologie (volet chirurgie cardiaque)¹⁵. Ce cadre réglementaire qui ne couvre pas la totalité de la première ligne mais seulement les spécialités énoncées ci-dessus, ne permet donc pas de compter sur des infirmières praticiennes de première ligne.

Par conséquent, la FIIQ et ses syndicats affiliés recommandent plutôt à l'agence de l'Abitibi-Témiscamingue de continuer à développer les GMF puisqu'une entente

nationale a été négociée avec le Collège des médecins et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec afin de définir et de garantir le rôle des infirmières au sein des équipes multidisciplinaires. Or, nous savons que dans la pratique, même au sein des GMF, ce rôle est difficile à faire reconnaître pour les infirmières même si un cadre législatif et des ententes nationales les supportent désormais (loi 90). Il faut donc poursuivre l'implantation des GMF et soutenir les infirmières dans leur pratique afin de changer les mentalités.

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 la réorganisation prévoit le financement de démarrage nécessaire à l'intégration des cabinets privés dans les réseaux locaux. S'agirait-il d'actualiser le désengagement de l'État promis par le gouvernement libéral en créant un défaut volontaire de ressources qui conduira le réseau public à de piètres performances?

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 et dans la proposition de l'agence de l'Abitibi-Témiscamingue, 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.

En outre, le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue présente tellement de problématiques de santé que l'on voit mal comment une réforme structurelle pourrait pallier le sous-financement, le manque d'effectifs médicaux et avoir un impact sur les déterminants de la santé comme le chômage ou l'exode de la population régionale, par exemple. En fait, cette réforme pourrait engendrer une conséquence jugée plus grave par la FIIQ et ses syndicats affiliés, notamment une démobilitation du personnel soignant, mais aussi une compétition entre les différents établissements en ce qui concerne l'attraction et la rétention du personnel.

D'autre part, l'introduction d'infirmières praticiennes de première ligne, dans le cadre de la réforme, devrait se faire de façon concertée avec l'OIIQ, le Collège des médecins et la FIIQ. Non pas pour retarder le développement de cette pratique mais plutôt afin de respecter le processus en cours qui vise la pratique des infirmières de GMF et celle des infirmières praticiennes spécialisées. La FIIQ et ses syndicats affiliés demeurent convaincus que les infirmières de GMF peuvent jouer un rôle prépondérant et efficace dans les services de première ligne si une place leur est reconnue.

Par conséquent, la FIIQ et ses syndicats affiliés s'opposent aux fusions d'établissements telles que proposées par la loi 25 et privilégient la création de réseaux intégrés sur la base de réelles ententes de services qui garantissent le suivi des patients par la concertation régionale et inter-régionale et l'élargissement des plages horaires dans des établissements à vocation non-hospitalière. Ces mesures respecteront la mission des établissements, préservant ainsi la promotion et la prévention de la santé. Approche en santé que l'Abitibi-Témiscamingue ne peut pas se permettre de sacrifier, compte tenu des réalités sociales et démographiques de la région.

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 Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.
- 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 La part des services donnés par les omnipraticiens est de 47,6% pour la région contre 33% au Québec. Isabelle Savard et Jean Rodrigue, *Des omnipraticiens à la grandeur du Québec, Évolution des effectifs et des profils de pratique, La région de l'Abitibi-Témiscamingue*, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Montréal, 2003, p.8.
- ¹⁰ 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.
- ¹¹ *Ibid.*
- ¹² Régie de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, *Rapport annuel d'activités 2002-2003*, p. 76.
- 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 OIIQ, «Le ministre Couillard annonce le financement de la formation de 75 infirmières praticiennes». *Le Journal*, janvier-février 2004, Volume 1, numéro 3.