



MÉMOIRE DE LA FIIQ

**Dans le cadre de la consultation
faite par l'Agence de développement
de réseaux locaux de services de
santé et de services sociaux de la
Gaspésie / Îles-de-la-Madeleine**

Montréal, le 6 avril 2004

Table des matières

Avant-propos

Introduction.....1

La position de la FIIQ1

 Non à la loi 253

 Une loi inutile3

 Une loi hasardeuse4

 Une loi incomplète4

 Une loi dangereuse.....5

 Une loi pernicieuse.....5

Des conditions incontournables à la création de réseau intégré absentes de la loi 256

 La liberté de choix d'un mécanisme d'intégration6

 L'implication des professionnel-le-s du réseau6

 Le développement de compétences particulières.....6

 Le développement et le partage d'information.....7

 L'allocation d'un financement transitoire7

 Une période de temps suffisamment longue.....7

 La présence d'une conjoncture propice au changement8

 L'implication et l'adhésion du personnel soignant dans le processus
d'intégration de services8

Les balises du MSSS et la création des réseaux locaux à l'échelle régionale9

Conclusion.....12

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 s'est opposée 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 désire d'abord rappeler sa position pour ensuite la réaffirmer au niveau régional. Ainsi, nous ferons part à l'Agence de Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine 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

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, 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, 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, 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, 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 est convaincue que les chambardements à venir auront raison de la volonté de plusieurs infirmières de rester quelques années de plus au travail.

Une loi hasardeuse

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, 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.

***L* 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* 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.

***L* 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.

L *e 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.

U *ne 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 géro-nto-gériatriques des Bois-Francis débuté dès 1994 et dont le rapport final a été présenté en 2001.

L *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 *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?

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 pour la Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine 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 et du personnel dans le processus d'intégration des services.

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, 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).