



LA VRAIE FORCE DES
PROFESSIONNELLES EN SOINS



• MÉMOIRE •

***** B9<5FACB-65H-CB
***** EI =CCBB9: 5I L

Déposé le & 'Ubj]Yf'&\$\$) dans
le cadre de la consultation [fbfUY
portant sur le projet de loi , 3
*Loi modifiant la loi sur les services de
santé et les services sociaux et d'autres
dispositions législatives*

MÉMOIRE

UNE HARMONISATION QUI SONNE FAUX

**DÉPOSÉ À LA COMMISSION DES AFFAIRES
SOCIALES DANS LE CADRE DE LA CONSULTATION
GÉNÉRALE PORTANT
SUR LE PROJET DE LOI N^o 83, LOI MODIFIANT LA
LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ
ET LES SERVICES SOCIAUX ET
D'AUTRES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES**

LE 28 JANVIER 2005

A stylized, handwritten signature in black ink, appearing to be the initials 'Lio' or similar, written in a cursive, flowing style.

AVANT-PROPOS

La Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ) est une fédération syndicale qui regroupe plus de 50 000 professionnelles en soins. Elle représente la majorité des infirmières, en plus de compter dans ses rangs des infirmières auxiliaires et des inhalothérapeutes. La grande majorité de ses membres sont des femmes.

Les membres de la Fédération, qui proviennent de tout le Québec, exercent dans des établissements publics du réseau de la santé, établissements qui représentent la plupart des missions de ce réseau. L'expertise de l'organisation se compose donc d'expériences de travail très variées auprès de divers types de bénéficiaires des services du réseau de la santé et des services sociaux.

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 public, empreint des valeurs sociales-démocrates. Elle a vivement dénoncé la réingénierie de l'État et les projets de loi à caractère néolibéral du gouvernement Charest. Au niveau fédéral, devant la *Commission Romanow*, la FIIQ y a précisé le rôle attendu du gouvernement fédéral dans le devenir du système de santé. En outre, la Fédération a toujours mis en garde le gouvernement contre les répercussions des diktats de l'économie et de la mondialisation néolibérale, sur des décisions aussi déterminantes que celles qui concernent l'avenir des soins de santé.

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

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	i
INTRODUCTION	1
PARTIE 1 – L’INFORMATISATION DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.....	5
◆ L’usager-ère.....	5
■ Un consentement général préalable aux services de conservation.....	5
■ La portée du consentement général préalable	5
■ Un consentement général exprès.....	6
■ Un dossier de santé électronique (DSE) conservé surtout régionalement	7
■ Une circulation de l’information trop étendue.....	9
◆ L’intervenant-e.....	12
■ Qui sont les intervenant-e-s?.....	12
■ L’habilitation.....	13
■ L’obligation de transmission sous peine d’infraction et d’amende.....	14
■ Les renseignements de certification et les mesures biométriques.....	14
◆ La Régie de l’assurance maladie du Québec	15
■ Des pouvoirs fort étendus.....	15
■ Les services de répertoire.....	17
■ Les services de certification	17
PARTIE 2 – LE MAINTIEN D’UN PALIER RÉGIONAL	19
◆ Un mandat de coordination	19
◆ L’approvisionnement : une place de choix au secteur privé.....	20
◆ L’abandon de la Politique de la santé et du bien-être	22
◆ Les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS)	22
◆ Des reculs démocratiques substantiels	23

PARTIE 3 - LES ÉTABLISSEMENTS	24
◆ La mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLSSSS)	24
■ La confirmation et la concrétisation de logiques nouvelles	25
■ Une complexification induite dans la définition du projet clinique et organisationnel	25
■ L'incomplétude des objectifs	27
■ Une supervision insuffisante à l'égard des ressources privées	28
■ La mobilisation et la participation des intervenant-e-s	28
PARTIE 4 - LE PERSONNEL	30
◆ La planification de la main-d'œuvre et le développement du personnel	30
■ La planification de la main-d'œuvre	31
■ Le développement du personnel	33
■ Les mesures visées dans le plan d'action	34
- La motivation	34
- La valorisation	35
- Le maintien des compétences	36
- La préparation de la relève	37
- La mobilité du personnel	38
■ Une approche globale et intégrée	39
■ La participation des employé-e-s et des syndicats	39
■ La durée du plan d'action	40
■ Les conditions de réussite	40
◆ Les professionnel-le-s en soins	41
■ Le directeur des soins infirmiers	41
■ Le Conseil des infirmières et infirmiers (CII)	42
PARTIE 5 - LES USAGER-ÈRE-S	43
◆ La qualité des services : des retraits inquiétants	43
◆ Le mécanisme de gestion des plaintes : un renforcement prometteur	45
■ Le comité des usagers	45
■ Le comité des résidents	46
◆ Les résidences privées pour personnes âgées	49
PARTIE 6 - LA TÉLÉSANTÉ	51
CONCLUSION	53

INTRODUCTION

La loi en vigueur dans le réseau de la santé et des services sociaux remonte à la réforme, appelée « Une réforme axée sur le citoyen ». Celle-ci, introduite au début des années 1990 par le ministre Marc-Yvan Côté, a fait suite à un long processus de consultation du milieu de la santé : présentation d'un livre blanc, d'un avant-projet de loi, puis finalement adoption de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Depuis, cette loi a été amendée à trois reprises, tout d'abord par le projet de loi 116 (1996), par le projet de loi 404 (1998), puis par le projet de loi 28 (2001). Le projet de loi 83 présenté en décembre 2004, représente donc la quatrième modification d'importance. Celui-ci suit l'adoption, en décembre 2003, du projet de loi 25 lequel est venu modifier de manière significative les structures, les processus et les ressources humaines, matérielles et financières.

Le ministre de la santé et des services sociaux a raison d'affirmer que l'introduction de la loi 25 dans le projet de loi 83 constitue une harmonisation. Il n'en demeure pas moins que sa mise en œuvre nécessite l'ajout de concepts, qui eux, sont nouveaux, qu'on pense au projet clinique et organisationnel qu'auront à mettre en œuvre les centres de santé et de services sociaux (CSSS) ou encore aux nouvelles logiques qu'introduit le projet de loi, comme la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des soins.

Dans un autre ordre d'idées, précisons que le concept d'«actifs informationnels» a été introduit en 1998 par le projet de loi 404. Il faut dire cependant qu'à l'époque il est passé inaperçu; il n'a fait l'objet d'aucun débat, les quatre articles dont il s'agissait étaient d'ailleurs limités au minimum se contentant d'en présenter une définition, d'affirmer que le ministre est responsable des orientations, du choix du fournisseur et de l'adoption d'un règlement sur les normes de sécurité; finalement, que la mise en œuvre est sous la responsabilité des régions régionales.

Dans le cas des « actifs informationnels », étant donné l'état du droit, il serait quelque peu abusif de parler d'harmonisation. Il s'agit bien d'avantage de droit nouveau. Dans ce sens il apparaît bien déplorable que le gouvernement libéral ait choisi de noyer les «actifs informationnels» parmi une panoplie d'autres sujets par ailleurs importants.

Dans le texte qui suit, les membres de la commission parlementaire prendront connaissance des réflexions de la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec. Ces dernières sont regroupées en six parties et débutent, en première partie, par l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux que nous propose le projet de loi. Ce thème sera traité tout d'abord du point de vue de l'utilisateur, puis de celui de l'intervenant. Nous nous attarderons ensuite aux rôles et aux pouvoirs dévolus à la Régie de l'assurance maladie dans ce nouveau contexte.

La seconde partie sera consacrée au palier régional, ses nouveaux rôle, pouvoirs et responsabilités. Le projet de loi consacre des abandons qui ne peuvent être passés sous silence, qu'on pense notamment à la Politique de la santé et du bien-être, adoptée en 1992, en complément de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. De plus, au chapitre des abandons, des reculs démocratiques comme l'abolition du Forum de la population et certaines modifications apportées aux conseils d'administration seront traités.

Dans la troisième partie, axée sur les établissements, nous nous pencherons sur la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, les logiques nouvelles dont nous avons fait état plus haut, le projet clinique et organisationnel introduit dans le projet de loi, le manque de supervision à l'égard des ressources privées, puis la mobilisation et la participation des intervenants.

La quatrième partie sera consacrée au personnel : planification de la main-d'œuvre, développement du personnel et participation des intervenants en différents lieux, comités et conseils, notamment.

Une cinquième partie sera consacrée aux différents mécanismes visant à accroître la protection des usagers et tout particulièrement ceux en hébergement. Viendra ensuite la question de la gestion des plaintes et nous insisterons par la suite sur les comités d'usagers et les comités de résidents. En regard de la qualité des services et de la satisfaction des usagers, nous verrons en quoi les deux notions sont différentes et quelles conséquences impliquent les modifications proposées.

Nous terminerons finalement notre réflexion avec la télésanté. Le projet de loi 83 vient confirmer formellement l'intégration de la télésanté dans l'ensemble des services de santé et des services sociaux. Elle est devenue lentement mais sûrement une réalité incontournable au Québec; elle suscite de multiples enjeux et demande un encadrement et des balises.

● PARTIE 1 – L'INFORMATISATION DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Les « actifs informationnels et la sécurité de l'information » s'inscrivent dans le cadre des technologies de l'information. Plus largement, ils doivent aussi être analysés à la lumière de la Loi concernant le cadre juridique des technologies de l'information¹, et de la documentation concernant l'Autoroute de l'information du gouvernement du Québec. Il faut de plus y ajouter les récentes lois visant la réingénierie de l'État, dans le réseau de la santé et des services ou dans d'autres domaines, toutes adoptées sous le bâillon par le gouvernement libéral. L'essentiel des dispositions introduites au projet de loi 83 fait suite à l'Avant-projet de loi sur la carte santé du Québec déposé en 2001 dont il reprend de nombreux aspects, voire récupère certains volets. Nous aborderons cette question tout d'abord du point de vue de l'utilisateur, puis de celui de l'intervenant-e, pour finalement se concentrer sur le rôle de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

◆ L'USAGER-ÈRE

■ Un consentement général préalable aux services de conservation

L'utilisateur devra manifester son consentement pour se prévaloir des services de conservation (art. 520.7). Contrairement à l'Avant-projet de loi sur la carte santé du Québec qui prévoyait l'adhésion automatique au résumé des renseignements de santé (RRS) («opting out»), le projet de loi 83 semble s'orienter davantage vers le consensus intervenu au sein du Comité directeur de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) en 2001, à savoir l'«opting in». C'est également cette option que la majorité, sinon la totalité des groupes entendus en commission parlementaire par la suite, favorisaient et continuent toujours de favoriser.

■ La portée du consentement général préalable

Toutefois, la portée de ce consentement général préalable est de nature complètement différente et, faut-il le préciser, beaucoup plus vaste puisqu'il ne s'agit plus d'un résumé des renseignements de santé, mais bien d'un dossier de santé électronique dont le contenu lui-même devrait faire l'objet d'une réglementation spécifique (art. 505, par. 24). En effet, le projet de carte santé prévoyait trois situations, chacune pouvant se subdiviser, de telle sorte qu'il était loisible à l'utilisateur de retirer son consentement

dans certaines situations. La solution retenue dans le projet de loi 83 est totalement différente. Tout d'abord, précisons que le consentement est donné par écrit pour 5 ans et qu'il est révocable en tout temps (art. 520.14). Ensuite les intervenant-e-s ont l'obligation, sous peine d'infraction et d'amende, de transmettre les renseignements lorsque l'usager-ère y a consenti (art. 520.15). Enfin, un seul et même consentement est prévu pour l'adhésion aux services de conservation offerts par une agence régionale, pour l'inscription de l'ensemble des renseignements de santé (art. 520.9) dont le contenu est à déterminer par règlement (art. 505, par. 24.3^o), pour l'accès, l'utilisation, la communication, la conservation et la destruction des renseignements conservés (art. 520.14, al. 2). Le consentement s'avère donc très large et très contraignant pour l'usager-ère.

Pour être valide, un consentement doit répondre à certains critères juridiques. Il doit être manifeste, libre, éclairé et donné à des fins spécifiques. Si la solution retenue pour le consentement semble répondre aux critères relatifs au consentement manifeste et libre, il en va tout autrement en regard des deux autres critères. En regard du critère à l'effet que le consentement doit être éclairé, précisons que le contenu des catégories de renseignements reste à déterminer par règlement. Les catégories comportent de nombreuses zones grises et elles peuvent amener une grande quantité de détails qu'un non-spécialiste aurait de la difficulté à imaginer. Quant au critère à l'effet que le consentement doit être donné à des fins spécifiques, la très vaste portée du consentement recherché, à savoir que le consentement est donné pour l'adhésion, l'accès, l'utilisation, la communication, la conservation et la destruction des renseignements conservés ne semble pas répondre à ce dernier critère. La portée du consentement y est vraiment trop large et les zones grises trop importantes. Entre la solution fort complexe de l'Avant-projet de loi sur la carte santé du Québec et la proposition sans nuance du projet de loi actuel, y a-t-il une voie mitoyenne?

■ **Un consentement général exprès**

En plus du consentement général, l'article 27.1 prévoit une situation particulière pour la conservation, l'utilisation, l'accès à un renseignement de santé à l'extérieur du Canada ou par des filiales canadiennes de compagnies américaines. Dans ce cas précis, un consentement général exprès de l'usager-ère est exigé. Encore une fois, la réglementation relative à la constitution, la tenue, l'utilisation, la communication, la conservation et la destruction des dossiers des usager-ère-s s'applique en la matière. Le

consentement répond-il au critère de consentement donné à des fins spécifiques? La FIIQ en doute fortement. Nous reviendrons plus loin sur cet article crucial pour la circulation de l'information.

■ **Un dossier de santé électronique (DSE) conservé surtout régionalement**

Le projet de loi 83 prévoit la mise en place du dossier de santé électronique (DSE), lequel vise des objectifs similaires au résumé des renseignements de santé (RRS) qu'avait introduit l'Avant-projet de loi sur la carte santé du Québec. Les principes à respecter y sont identiques et les catégories de renseignements analogues. Les différences entre les deux projets se situent probablement davantage au niveau de l'alimentation et de la soustraction de renseignements, de la durée et du lieu de conservation des renseignements, de même que de la manière d'en prendre connaissance. Examinons-les un à un.

Le dossier de santé électronique (DSE) se veut un dossier complet, alimenté par les professionnel-le-s de la santé. Il ne s'agit plus ici de résumer l'information. Toutefois, le projet de loi est muet à propos du caractère historique ou à date fixe du DSE, c'est-à-dire à propos du moment à partir duquel il serait alimenté. Il est également muet à propos du sort du dossier papier de même que sur la durée de conservation des renseignements. Cette durée de conservation serait prévue par règlement et un délai de 5 ans s'y ajouterait (art. 520.10). Il serait donc possible de conserver les renseignements la vie durant, voire au-delà du décès de l'utilisateur.

Contrairement au RRS qui permettait le retrait et la destruction d'un renseignement, le projet de loi 83 n'offre pas cette possibilité à l'utilisateur. Il est très rigide sur cet aspect. Il n'est pas possible de retirer un renseignement ou de le détruire à moins de retirer son consentement aux services de conservation. C'est tout ou rien. D'ailleurs, il est très dissuasif à l'endroit des intervenant-e-s qui voudraient se soustraire à l'inscription d'un renseignement, laquelle serait considérée comme une infraction, passible d'une amende sévère, variant de 6 000 à 30 000 dollars.

Le DSE est conservé régionalement. Ce qui n'empêche pas la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) de détenir plusieurs banques de données centralisées : médicaments délivrés en vertu du régime général d'assurance médicaments, fichier des indications thérapeutiques, fichier des consentements et des révocations de consentements, fichier de localisation et finalement mais non le moindre, fichier des

assuré-e-s au régime d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation. En dépit d'une affirmation de décentralisation du DSE, nous devons nous rendre à l'évidence que passablement d'informations se trouvent centralisées à la RAMQ qui cumule aussi les fonctions d'assureur.

Par ailleurs, il convient de se demander si la conservation du DSE dans les agences régionales représente vraiment une décentralisation du dossier. Cette décentralisation de la conservation des données était certes réclamée. Toutefois, jusqu'à quel point constitue-t-elle une véritable décentralisation? En effet, bien que l'article 520.7 dispose que les services de conservation soient offerts par l'agence régionale avec l'autorisation du ministre de la Santé et des Services sociaux, il ne faut pas oublier que les « actifs informationnels » du réseau de la santé sont soumis à l'application de la Loi concernant le cadre juridique des technologies de l'information, ci-après Loi sur les technologies de l'information. Or, son article 4, al. 1 traite d'un document technologique fragmenté, situé dans plusieurs endroits :

« Un document technologique, dont l'information est fragmentée et répartie sur un ou plusieurs supports situés en un ou plusieurs emplacements, doit être considéré comme formant un tout, lorsque des éléments logiques structurants permettent d'en relier les fragments, directement ou par référence, et que ces éléments assurent à la fois l'intégrité de chacun des fragments d'information et l'intégrité de la reconstitution du document antérieur à la fragmentation et à la répartition. »

Comme le dit Pierre Trudel du Centre de recherche en droit public (CRDP) de l'Université de Montréal, le « dossier d'une personne dans un cadre où l'information est répartie sera réputé constituer un tout si les deux conditions [...] sont réunies », c'est-à-dire si les fragments peuvent être reliés par des éléments logiques et si ces éléments assurent l'intégrité de chacun des fragments et celle de la reconstitution du document. Ainsi, toujours selon Pierre Trudel, « le droit québécois reconnaît donc d'ores et déjà qu'un dossier, voire un document, peut être réparti sur une pluralité de lieux et de supports². » Le projet de loi 83 propose une certaine décentralisation du DSE tout en permettant de conserver intact ce dernier grâce à la Loi sur les technologies de l'information. La décentralisation du DSE n'est somme toute qu'une illusion.

Finalement, le projet de loi 83 reconnaît à l'utilisateur le droit de prendre connaissance et d'obtenir copie du renseignement la concernant sur place ou à distance (art. 520.21).

Or, le projet de loi est absolument muet sur la manière dont l'utilisateur pourrait prendre connaissance d'un renseignement à distance. Toutefois, les articles 520.3.3 (certificat d'une personne), 520.19 (profils d'accès d'une personne) et 520.3.7 (clé privée de signature sur un support matériel) ne concernent pas que les intervenant-e-s. Ils s'adressent aussi bien à une personne physique qu'à une personne morale. C'est donc dire que toute personne, individu ou entreprise, détenant un certificat et un profil d'accès pourrait utiliser les actifs informationnels du réseau de la santé et des services sociaux au moyen d'un support matériel. Quel moyen pourrait utiliser cet utilisateur? Le gouvernement ramène-t-il par ces articles la carte santé à microprocesseur? Il faut se souvenir que dans l'Avant-projet de loi sur la carte santé du Québec, c'était la carte santé à microprocesseur qui donnait accès à des renseignements personnels gérés par la RAMQ. Est-ce bien de cela qu'il s'agit?

■ Une circulation de l'information trop étendue

La confidentialité constitue un élément du droit à la vie privée. La Loi sur les services de santé et les services sociaux reconnaît le caractère confidentiel du dossier de l'utilisateur. Bien que le projet de loi 83 reconnaisse également ce caractère confidentiel, de nombreuses exceptions sont introduites afin qu'un renseignement contenu au dossier de l'utilisateur puisse être communiqué sans le consentement de ce-dette dernier-ère (art. 19).

En effet, le caractère confidentiel du dossier de l'utilisateur est affaibli par le projet de loi 83 du fait que ce dernier permettrait l'accès au dossier, sans le consentement de l'utilisateur, et ce, dans sept circonstances nouvelles (art. 19) et sans passer par le tribunal. En étendant ainsi la circulation de l'information, le projet de loi 83 compromet la confidentialité du dossier de l'utilisateur. Plusieurs des fonctions énumérées peuvent sembler louables, notamment les pouvoirs d'enquête, d'inspection et les cas de plaintes. Toutefois, le paragraphe 7 de l'article 19 couvre une grande variété de situations. Il prévoit que le dossier de l'utilisateur peut être transmis sans son consentement pour la prévention d'un acte de violence, la vérification de l'admissibilité, le transfert à un autre établissement, à un-e professionnel-le de la santé, à un organisme communautaire, à une entreprise d'économie sociale, à une ressource intermédiaire, à une ressource de type familial, à des fins de recherche ou encore à une ressource privée sous contrat. L'objectif pour lequel il est transmis, bien qu'il se déduise la plupart du temps, n'est pas toujours précisé. Ainsi, quels motifs justifient la transmission du dossier sans

consentement à une ressource privée sous contrat? Est-ce lié aux soins et aux services ou est-ce pour des motifs de gestion? Avec autant d'exceptions au consentement, peut-on encore réalistement parler de confidentialité du dossier de l'utilisateur? Il est permis d'en douter fortement. Il est clair que bon nombre des organisations énumérées plus haut peuvent difficilement assurer la conservation sécuritaire des informations transmises et donc, leur confidentialité, faute de ressources suffisantes. Dans le présent cas, il semble que confidentialité et circulation de l'information soient assez difficiles à concilier. Mais il y a plus.

Ce paragraphe fait également tomber les barrières entre le réseau public de santé et le secteur privé en permettant une circulation, non balisée et sans consentement, de l'information contenue au dossier de santé vers les entreprises privées. Qui plus est, cette circulation est prévue sans égard au consentement ou à l'absence de consentement aux services de conservation des renseignements (art. 520.5). À tout le moins, l'article 19, par. 7 nécessite des précisions sur les domaines affectés par cette transmission d'information.

Le projet de loi 83 prévoit également que la réglementation afférente à la constitution et à la tenue des dossiers des utilisateurs, aux éléments et aux pièces qui y sont contenus, serait revue afin d'y ajouter l'utilisation, la communication, la conservation et la destruction. Quelles normes seraient respectées en matière de protection des renseignements de santé, l'une des catégories de renseignements personnels parmi les plus sensibles s'il en est? On ne retrouve aucune indication dans le projet de loi à cet égard.

Il nous faut maintenant revenir à l'article 27.1 du projet de loi. Cet article dispose qu' :

« 27.1. Un établissement peut communiquer un renseignement contenu au dossier d'un usager à toute personne ou organisme, si la communication de ce renseignement est nécessaire à l'exercice d'un mandat ou à l'exécution d'un contrat de service confié par l'établissement à cette personne ou à cet organisme.

Dans ce cas, l'établissement doit confier ce mandat ou ce contrat par écrit et, sous peine de nullité:

1° y indiquer les mesures qui doivent être prises par la personne ou l'organisme pour s'assurer, en tout temps, pendant la durée de l'exercice du mandat ou de l'exécution du contrat:

[...]

d) que ce renseignement ne soit pas conservé, traité ou utilisé à l'extérieur du Canada ou par des filiales canadiennes de compagnies

américaines et qu'il ne soit pas accessible à l'extérieur du Canada ou à de telles filiales, à moins que la personne concernée n'y consente expressément; [...] »

L'introduction de ce nouvel article nous laisse croire deux choses. Tout d'abord, elle permet de cerner l'orientation du gouvernement à l'égard de partenariat public-privé (PPP) dans le secteur de la santé, qui semble aller bien au-delà des services auxiliaires. Ensuite, elle nous indique que les négociations sur la mise en œuvre de l'Accord de libre-échange nord-américain au Québec (ALENA), notamment la portion du chapitre 10 (marchés publics) applicable au secteur de la santé et des services sociaux, en particulier, pourrait bien se conclure dans un proche avenir.

Toutefois, cette modification peut s'interpréter d'une troisième manière, plus pointue et plus inquiétante encore, s'il en faut. En effet, elle permettrait la conclusion de contrats de partenariat public-privé pour la gestion des dossiers de santé électroniques (DSE), sur place ou à distance. Il existe déjà aux États-Unis des entreprises privées qui gèrent les DSE des patient-e-s³. Il est impératif que le gouvernement libéral indique clairement ses intentions à cet égard.

Par ailleurs, selon Karim Benyekhlef, il semble que l'information soit perçue comme une ressource naturelle dans les sociétés post-industrielles. À ce chapitre, le Canada représente un pays exportateur, au profit des États-Unis, de données de toutes natures. Celles-ci y sont conservées ou traitées le plus souvent à la maison-mère. Cette exportation se module sur les échanges économiques et nuit au développement d'une industrie informationnelle locale. Pire encore,

«L'État n'a plus de contrôle sur ces informations et doit compter sur la coopération d'un État étranger (ou de ses nationaux) afin d'y avoir accès pour être en mesure d'élaborer ses stratégies économiques et budgétaires⁴.»

Rappelons, dans un autre domaine, le cas des détenteurs de carte CIBC VISA dont les informations financières sont sujettes à l'application du *U.S. Patriot Act* du fait que la banque canadienne émettrice a choisi une compagnie américaine pour le traitement des données⁵. Ainsi, lorsqu'une compagnie américaine est impliquée dans le traitement de données, le *Patriot Act* permet aux agences américaines de sécurité comme la CIA et le FBI d'avoir accès à l'information⁶. Aux données financières, le gouvernement libéral propose d'ajouter les données de santé. L'exportation de données de santé aux États-

Unis peut-elle soumettre l'ensemble de la population québécoise assurée en vertu du régime public au *Patriot Act* américain? La question mérite non seulement d'être posée; elle nécessite une réponse claire.

Rappelons que l'OCDE et la Communauté européenne ont émis des normes internationales « visant à régir les flux transfrontières de données à caractère personnel⁷. » Le Conseil de l'Europe a même adopté des recommandations visant à protéger les renseignements personnels dans des domaines spécifiques comme la santé⁸. Pourtant, le projet de loi, bien qu'il ouvre la possibilité de l'exportation de données personnelles, semble en faire fi.

La Fédération des infirmières et infirmiers du Québec est en total désaccord avec ces nouvelles mesures qui impriment un virage marchand au réseau québécois de santé et de services sociaux. Il s'agit d'un net recul en matière de protection des renseignements personnels. La FIIQ demande plutôt au ministre de la Santé et des Services sociaux d'assurer une meilleure protection des renseignements de santé, d'interdire toute sortie de renseignements de santé à l'extérieur du territoire du Québec et d'en limiter l'accès entre organismes gouvernementaux. De plus, la FIIQ demande qu'un mandat clair soit confié à la Commission d'accès à l'information pour étudier l'application possible du *U.S. Patriot Act* à la population du Québec.

Le gouvernement libéral est-il capable de dire à la population québécoise s'il s'agit là du mandat qu'il estime avoir reçu de l'électorat en avril 2003?

◆ L'INTERVENANT-E

■ Qui sont les intervenant-e-s?

L'Avant-projet de loi sur la carte santé du Québec prévoyait 12 catégories d'intervenant-e-s auxquelles s'ajoutaient 6 catégories d'administrateurs. De ces 18 catégories, deux étaient à déterminer par règlement. Le projet de loi 83 semble mieux cerner les catégories d'intervenant-e-s et il y a disparition notamment des catégories générales à déterminer par réglementation. Toutefois, l'article 520.16 propose plusieurs catégories d'intervenant-e-s ou de gestionnaires dont le statut paraît pour le moins ambigu. En effet, qui est la « personne qui est au service d'une agence ou d'un établissement... », la « personne au service de la de la Régie de l'assurance maladie du Québec? » S'agit-il d'une personne physique ou peut-elle être une personne morale?

Ces catégories donneraient la possibilité à des personnes, physiques et morales, de provenir de l'extérieur de l'administration gouvernementale et d'y être associées par contrat. De plus, en vertu de l'article 520.3.1, une agence peut offrir aux établissements des services d'installation, d'entretien et de réparation de tout support technologique, de même que des services de gestion de leurs ressources informationnelles. Trois possibilités s'offrent alors à l'agence régionale : elle peut réaliser elle-même ces services; elle peut les offrir à un établissement, ou encore les confier à toute autre personne. Cette dernière possibilité permettrait donc à l'agence de donner le contrat en sous-traitance ou en partenariat public-privé (PPP). Dans ce cas, l'agence pourrait transmettre un renseignement contenu au dossier de l'utilisateur à la compagnie qui a obtenu le contrat et cette dernière deviendrait un intervenant ou un gestionnaire, en l'occurrence une personne autorisée à agir au nom de l'agence.

Cette interprétation apparaît concordante avec les dispositions introduites au dossier de l'utilisateur et l'éventuelle gestion du dossier de santé électronique par l'entreprise privée. En conséquence, des précisions doivent être apportées aux dernières catégories d'intervenant-e-s et de gestionnaires prévues à l'article 520.16, afin de préciser qu'ils doivent provenir de l'administration publique.

■ **L'habilitation**

Il ne fait pas de doute que le projet de loi 83 s'inscrit dans la foulée de l'infrastructure à clés publiques gouvernementale (ICPG) et de la Loi sur les technologies de l'information et qu'à ce titre, il reprend bon nombre d'éléments qui apparaissaient déjà au projet de carte santé : certificat, profils d'accès, clé privée de signature, gestionnaire de l'utilisation, services de répertoire, etc.

Toutefois, contrairement à l'Avant-projet de loi sur la carte santé du Québec, le projet de loi 83 reste beaucoup plus vague, plus flou; il n'apporte qu'un minimum d'informations. Ainsi il parle d'un support matériel (art. 520.3.6), mais jamais d'une carte d'habilitation; il n'aborde pas non plus le processus de délivrance de la carte, ni de son support matériel, non plus que son éventuel remplacement. Il s'en remet somme toute aux dispositions générales contenues dans la Loi des technologies de l'information.

Jamais il n'aborde la question de l'infrastructure à clés publiques gouvernementale (ICPG) même s'il est évident que c'est bien de cela qu'il s'agit. Le projet de loi ramène donc cette idée de l'ICPG, et ce, en dépit d'un avis mitigé publié par la Commission

d'accès à l'information (CAI) sur le sujet dans lequel la Commission identifiait les principaux risques liés à l'utilisation des certificats d'identité électroniques et faisait une longue liste de recommandations au gouvernement⁹. Quelques mois plus tôt, un avis défavorable de la Commission¹⁰ avait été publié sur le projet de carte santé à microprocesseur, un projet basé sur les ICPG. Il est d'ailleurs déplorable que le nouvel avis que doit produire la CAI sur les actifs informationnels contenus dans l'actuel projet de loi n'ait pas été rendu public avant la date de tombée des mémoires de cette commission parlementaire.

■ **L'obligation de transmission sous peine d'infraction et d'amende**

Si le consentement donné par une personne assurée au service de conservation permet à l'intervenant de recevoir communication des renseignements conservés, en revanche ce même consentement l'oblige à transmettre une copie des renseignements (art. 520.15) à l'agence autorisée à les conserver, et ce, sous peine d'infraction et d'amende variant de 6 000 à 30 000 dollars (art. 535.1). Par règlement (art. 505, par. 24.4), un-e intervenant-e peut être exempté-e de l'obligation de transmettre une copie des renseignements, en dépit du consentement.

Nous devons constater d'une part que l'amende est relativement considérable pour des individus et que, d'autre part, les conditions d'infractions sont beaucoup plus sévères que dans l'*Avant-projet de loi sur la carte santé du Québec*, lequel disposait à l'article 90 qu'« une erreur ou une omission faite de bonne foi par une personne dans l'exercice de ses fonctions ne constitue pas une infraction ». Et que dire du-de la patient-e pour lequel-laquelle pratiquement aucune exception n'est prévue à son consentement. Il est clair que le gouvernement se donne, par ces dispositions, une arme redoutable à l'encontre des intervenant-e-s qui n'auront pas droit à l'erreur même commise de bonne foi. Il faudrait tout de même être plus réaliste.

■ **Les renseignements de certification et mesures biométriques**

Au chapitre des renseignements à recueillir par les services de certification pour l'émission du certificat d'identification d'une personne, la FIIQ ne peut passer sous silence la possibilité d'introduire des mesures biométriques pour la délivrance du certificat. En effet, tout autre renseignement (art. 520.3.4, par. 6), catégorie non définie, pourrait être recueilli par règlement du gouvernement, lequel prévoirait son caractère public ou non. Cette hypothèse d'ajout de mesures biométriques figurait d'ailleurs dans

les cartons du gouvernement du Québec en 2001¹¹. L'introduction de données biométriques par voie réglementaire serait par ailleurs contraire à l'article 44 de la Loi sur les technologies de l'information qui exige un consentement exprès. À moins que du fait de sa demande de délivrance du certificat (art. 520.3.3 al. 1), la personne soit réputée avoir consenti; il s'agirait alors d'un consentement implicite et non exprès de la personne.

La possibilité d'introduire des données biométriques ne peut être écartée d'autant plus que l'authentification peut reposer sur quatre éléments fondamentaux : le NIP, la carte, le certificat et l'attribut biométrique. Mais comme le « support matériel » qui contiendrait la clé privée de signature (art. 520.3.7) est lui-même nébuleux, le plus complet mystère entoure également l'authentification.

Aucun débat n'a été fait au Québec sur la collecte et l'utilisation de mesures biométriques pour l'identification des personnes. Il serait plus qu'indécent que ces mesures soient introduites par voie réglementaire. Il y a tout de même des limites à ne pas franchir. La FIIQ est formelle : ce paragraphe doit être retiré du projet de loi 83.

◆ LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

■ Des pouvoirs fort étendus

Le projet de loi n° 83 donne à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) un rôle central et des pouvoirs pour le moins très vastes en regard de l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux. En effet, il est prévu, outre les multiples fonctions qu'exerce déjà la RAMQ, qu'elle assume de nouvelles fonctions et entrepose de nouveaux fichiers et de nouvelles banques de données relatives à ses fonctions :

- Services de répertoire des intervenants (Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec, art. 2, par. h.1)¹²;
- Inscription des certificats et des identifiants dans un répertoire (Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec, art. 2.0.1; Loi sur les technologies de l'information, art. 51, al. 2)¹³;
- Services de localisation (PL 83, 520.11; Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec, art. 2, al. 2, par. h.6);
- Fichier des professionnels de la santé (Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec, art. 2, al. 2, par. h);
- Identification des intervenants (Projet de loi 83, art. 520.3.3, par. 2 a));
- Identification des personnes assurées (Loi sur l'assurance maladie, art. 65, al. 5);
- Vérification de l'admissibilité des assurés (Loi sur l'assurance maladie, art. 65, al. 5);

- Transmission des données d'identification sur les personnes assurées à 17 ministères et organismes (Loi sur l'assurance maladie, art. 65, al. 6);
- Banque des indications thérapeutiques (Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec, art. 2, al. 2, par. h.2);
- Banque des médicaments délivrés (Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec, art. 2, al. 2, par. h.3);
- Banque de données sur la médication (Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec, art. 2, al. 2, par. h.4);
- Fichier des consentements et des révocations de consentements (Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec, art. 2, al. 2, par. h.5).

Les nouvelles fonctions de la Régie s'adressent tant aux usager-ère-s des services qu'aux intervenant-e-s. Plusieurs banques de données seraient donc centralisées à la RAMQ en dépit du fait que le gouvernement affirme qu'il y aura une décentralisation du dossier de santé électronique vers les régions. Ainsi, les indications thérapeutiques, les médicaments délivrés, la médication, les consentements et révocations de consentements, en plus des données d'identification des assuré-e-s aux fins de vérification de leur admissibilité feraient tous l'objet de banques de données centralisées dans les mains de la RAMQ qui se chargerait de transmettre, dans bien des cas, les données qu'elle conserve vers les régions.

De plus, la RAMQ offrirait des services de localisation aux intervenant-e-s. C'est donc dire que la Régie, sans détenir le dossier de santé électronique dans son ensemble, serait en mesure de savoir où chaque pièce de celui-ci se trouve. Elle détiendrait toute l'information requise lui permettant de reconstituer ce dossier dans son ensemble. Nous pouvons donc affirmer que le projet de loi 83, tel que rédigé, permettrait de rencontrer les exigences de l'article 4 de la Loi sur les technologies de l'information, à savoir qu' « un document technologique, dont l'information est fragmentée et répartie sur un ou plusieurs supports [...] doit être considéré comme formant un tout, lorsque des éléments logiques structurant permettent d'en relier les fragments ». Ce sont en fait les services de localisation de la RAMQ qui permettraient de relier ces fragments entre eux.

Dans un tel contexte, peut-on véritablement parler d'une décentralisation du dossier de santé électronique? Cette décentralisation est à tout le moins plus que partielle, voire totalement virtuelle. Alors, le ministère de la Santé et des Services sociaux et le gouvernement peuvent-ils continuer de prétendre que le projet de loi 83 répond aux attentes du milieu en matière de décentralisation du dossier de santé électronique?

■ Les services de répertoire

Les services de répertoire des intervenant-e-s seraient attribués à la RAMQ, donc centralisés plutôt que décentralisés dans les établissements ou les agences régionales. Sont notamment prévus aux services de répertoire, l'inscription des certificats, des identifiants, la confirmation de la validité des certificats, leur lien avec ce qu'ils confirment¹⁴, les nom et prénom des intervenants titulaires d'un certificat, les numéros des certificats suspendus ou annulés, de même que tout autre renseignement prévu à l'énoncé de politique. Or, cet énoncé de politique que doit prendre la RAMQ (Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec, art. 2.0.1, al. 2) en vertu de l'article 52 de la Loi sur les technologies de l'information n'est pas connu. Encore une fois, un tel paragraphe ouvre une boîte de Pandore pour les personnes qui font une demande de certificat. Pour ce motif, il doit être retiré.

■ Les services de certification

Par ailleurs, la RAMQ offrirait les services de répertoire des intervenant-e-s. Qui offrirait les services de certification? La Loi sur les technologies de l'information (art. 51, al. 3) rend possible la séparation de ces deux fonctions. Dans le cas qui nous occupe les deux fonctions seraient vraisemblablement exercées par des organismes différents. Toutefois, l'article 2.0.1 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec tel qu'introduit par le projet de loi n° 83 est trop alambiqué pour tirer une conclusion définitive sur l'entité à qui incomberait cette lourde responsabilité.

Tout d'abord, l'article 51, al. 2 de la Loi sur les technologies de l'information prévoit que les services de certification comprennent la vérification de l'identité de la personne et la délivrance de certificats confirmant cette identité. L'article 520.3.3, al. 1, par. 2, du projet de loi n° 83 dispose que le prestataire du service de certification aurait à vérifier l'identité de la personne. De plus, l'article 520.3.5, al.1, par. 4 dispose que le prestataire des services de certification pourrait recueillir les renseignements nécessaires à l'émission du certificat, notamment auprès de la RAMQ, à son fichier des professionnel-le-s de la santé. Finalement, l'article 520.3.3 du projet de loi n° 83 prévoit que le certificat peut « être délivré par une personne ou un organisme désigné par le Conseil du trésor pour offrir des services de certification dans le secteur de la santé et des services sociaux ». Quelle conclusion devons-nous tirer de ce dédale? Et bien, les services de certification pourraient être offerts par un organisme public – lequel et dans quels cas? Les services

de certification pourraient légalement être offerts par l'entreprise privée et faire l'objet d'un contrat de PPP puisque le certificat doit « être délivré par une personne [...] désigné[e] par le Conseil du trésor ». Cette possibilité est également ouverte par l'article 51, al. 1 de la Loi sur les technologies de l'information qui dispose que « les services de certification et de répertoire peuvent être offerts par une personne ou par l'État » et qu'ils peuvent être distingués l'un de l'autre. Si tel était le cas, une entreprise privée vérifierait l'identité du-de la demandeur-e de certificat et délivrerait les certificats confirmant cette identité. En outre, comme nous l'avons vu plus haut, la possibilité existe que la délivrance des certificats ne soit pas limitée aux intervenant-e-s mais également accessible à l'ensemble de la population assurée. Les appréhensions soulevées plus haut en regard des flux transfrontières de données à caractère personnel et l'application du *U.S. Patriot Act* aux intervenant-e-s du réseau de la santé et des services sociaux de même qu'à toute la population assurée en vertu des régimes publics de santé ne peuvent qu'être alimentées par de tels articles de la loi. La FIIQ presse le gouvernement de corriger rapidement le tir et de s'assurer que les services de certification soient clairement attribués à un organisme public et qu'ils soient administrés publiquement.

Par ailleurs, les fonctions ainsi dévolues à la Régie font de cet organisme gouvernemental, un organisme central en matière d'application de la Loi sur les technologies de l'information dans le secteur de la santé et des services sociaux. Est-il opportun de concentrer autant de pouvoir entre les mains d'un seul organisme, assureur de surcroît? Cette question s'avère d'autant plus cruciale que le gouvernement libéral a déposé en décembre 2004 un projet de loi visant à modifier la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, ci-après Loi sur l'accès. Le projet de loi 86 introduit en effet de profondes modifications, lesquelles vont d'ailleurs dans le même sens que celles apportées à la Loi sur les services de santé et les services sociaux par le projet de loi 83. Ces modifications viseraient à faciliter la circulation et la communication d'informations dans trois cas :

- La circulation d'informations entre organismes gouvernementaux québécois (art. 29 du PL 86 qui modifie l'art. 64 de la Loi sur l'accès);
- La communication d'informations d'organismes gouvernementaux vers l'entreprise privée, sans consentement (art. 34 du PL 86 qui modifie l'art. 67.2 de la Loi sur l'accès);

- La communication d'informations d'un organisme gouvernemental vers un organisme d'un autre gouvernement, sans consentement (art. 37, par. 2 du PL 86 qui modifie l'art. 68, al. 1, par. 1 de la Loi sur l'accès).

Ce dernier libellé ne balise d'aucune manière la transmission d'informations vers un organisme d'un autre gouvernement; il pourrait aussi bien être fédéral, provincial qu'étranger. Quant à la communication d'informations vers l'entreprise privée, la FIIQ y voit une ouverture à la circulation d'informations dans le cadre des contrats de partenariat public-privé, tels que proposés par la loi 61.

En outre, le projet de loi 86 prendrait même pour acquis qu'un organisme public puisse communiquer un renseignement à l'extérieur du Québec sans le consentement de la personne concernée (art. 41 du PL 86 qui modifie l'art. 70.1 de la Loi sur l'accès).

Ces commentaires n'épuisent évidemment pas le sujet. Toutefois, il ressort de ce trop rapide survol une ligne directrice qui vise à faciliter l'accès et la circulation de l'information au sein du gouvernement lui-même, vers d'autres gouvernements, vers d'autres organismes gouvernementaux étrangers et vers l'entreprise privée. Dans la mesure où la RAMQ et les données qu'elle détient, de même que les établissements de santé pour les renseignements qui ne concernent pas le dossier médical du patient, sont soumis à l'application de la Loi sur l'accès, il apparaît à la FIIQ que les modifications envisagées affaiblissent la protection des renseignements personnels et dans certains cas des renseignements de santé. Cette affirmation vaut autant pour les usager-ère-s du réseau, que pour les employé-e-s et la population en général.

● PARTIE 2 - MAINTIEN D'UN PALIER RÉGIONAL

◆ UN MANDAT DE COORDINATION

Le projet de loi 83 ne procède pas à l'abolition du palier régional. C'est davantage à une transformation ou une réorientation en profondeur de son rôle qu'il s'emploie. Alors que la régie régionale avait pour responsabilité de planifier, d'organiser, de mettre en œuvre et d'évaluer les orientations et les politiques élaborées par le ministre, l'Agence régionale de la santé et des services sociaux (ARSSS) ainsi créée aurait à coordonner et à mettre en place des services de santé et des services sociaux. À cette fin, l'agence

régionale devrait favoriser la conclusion d'ententes visant à répondre aux besoins de services et de soins de la population.

Ceci laisse croire que le gouvernement pourrait compter de plus en plus sur l'offre de services en provenance de l'extérieur du réseau pour combler les besoins de santé de la population. Le projet de loi n° 83 suggère le recours à des modèles d'ententes types, lequel recours confirme l'intention de conclure un nombre substantiel de ces contrats de PPP. À cet égard, le projet de loi n° 83 est-il en train de mettre en place des agences régionales qui se veulent des relais de l'Agence des partenariats public-privé dans le secteur de la santé? La question se pose.

◆ **L'APPROVISIONNEMENT : UNE PLACE DE CHOIX AU SECTEUR PRIVÉ**

Cette assertion se confirme d'ailleurs par le changement opéré à la fonction d'approvisionnement de l'Agence régionale. En effet, obligation est faite à un établissement de participer non plus aux groupes d'achats en commun mais aux nouveaux groupes d'approvisionnement en commun. La notion d'approvisionnement est plus large et plus générale que celle qu'elle remplace. Alors que les achats font davantage référence aux biens, l'approvisionnement permet de mieux inclure les autres dimensions ayant trait aux acquisitions. Il s'étendrait ainsi aux concessions de services, à la construction et à la location d'immeubles et aux contrats portant sur ces matières si l'on en juge par le champ d'application de la réglementation (art. 485). Le changement de terme, loin d'être anodin, traduit bien une nouvelle dimension que le gouvernement veut donner à cette fonction et aux 11 corporations privées formées pour exercer ce mandat. Tel que mentionné précédemment, il convient de se demander si le gouvernement n'est pas en train de mettre en place, via ce changement de mandat aux groupes d'achats en commun, les filiales régionales de l'Agence des partenariats public-privé?

Il n'est pas du tout certain que les dispositions applicables aux approvisionnements en commun (art. 383, al. 4) et notamment l'article 280 garantissent la transparence de la fonction d'approvisionnement des agences régionales telle que promise par la présidente du Conseil du trésor dans le cadre du débat sur le projet de loi 61 qui a créé l'Agence des partenariats public-privé.

Par ailleurs, les nouvelles politiques que le ministre aura à établir pour l'approvisionnement en commun se situent dans un tout autre univers. Jusqu'à maintenant ces dernières devaient tenir compte de leur impact sur l'économie régionale. Or, par le projet de loi 83, le gouvernement abandonne cette idée de soutien aux économies régionales par les dépenses gouvernementales, notamment dans le secteur de la santé et des services sociaux (art. 436). Déjà il y a quelques années, les producteurs de lait du Saguenay-Lac-Saint-Jean avaient dénoncé le fait que les établissements de la région s'approvisionnaient dans le centre du Québec plutôt que régionalement, ce qui avait occasionné la fermeture d'une laiterie dans leur région. Par l'abandon de cette orientation fondamentale pour le développement régional, le gouvernement du Québec se plie à la clause de traitement national prévue aux accords commerciaux et notamment, aux accords sur les marchés publics.

À l'automne 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux estimait que le réseau acquérait des biens et des services pour une valeur annuelle de près de 1,5 milliard de dollars, 2 milliards de dollars en ajoutant l'équipement spécialisé. Ces acquisitions concernaient 37 000 produits différents dans 480 établissements autonomes à l'époque¹⁵. Le ministère ne précisait pas la part couverte par les accords commerciaux. Il est certain que les fusions d'établissements amélioreront la proportion de couverture des approvisionnements, par leur regroupement. L'élargissement de la couverture aux services aura également pour effet d'accroître la part de marché. Puis, l'éventuel abaissement des valeurs de seuil prévues aux accords de commerce se chargera du reste, c'est-à-dire qu'elle permettra une plus grande libéralisation du commerce au sein même des instances gouvernementales.

De plus, il est inquiétant de relire des dispositions de la Loi sur la santé et les services sociaux qui, bien que n'ayant pas été modifiées, prennent une nouvelle dimension. Ainsi en est-il de l'article 487 qui permet au gouvernement de soustraire un projet de construction d'immeuble du processus d'appel d'offres, dans des circonstances exceptionnelles. Cette situation n'est pas sans rappeler le désormais célèbre scandale des commandites qui a éclaboussé le gouvernement fédéral et a contribué à l'élection d'un gouvernement minoritaire à Ottawa.

Ces changements à la fonction d'approvisionnement du réseau de la santé et des services sociaux, combinés aux fusions d'établissements imposées par la loi 25 adoptée en décembre 2003, contribuent à la soumission du réseau de la santé et des services

sociaux aux accords de commerce signés par le gouvernement du Québec. Rappelons que ces accords ont été introduits sans que les Québécoises et les Québécois n'aient été saisi-e-s de cette nouvelle emprise du marché sur des activités inhérentes à la dispensation de soins et services à la population.

La FIIQ recommande le retrait de l'article 158 du projet de loi 83, lequel amende l'article 436 de la Loi sur la santé et les services sociaux.

◆ **L'ABANDON DE LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE**

La réforme du réseau de la santé et des services sociaux au début des années 1990 avait été accompagnée de l'adoption d'une Politique de la santé et du bien-être, laquelle visait l'atteinte de 19 objectifs de santé et de bien-être pour la population du Québec sur un horizon de dix ans. Or, le projet de loi 83, tant en regard des pouvoirs du ministre de la Santé et des Services sociaux qu'en regard des fonctions des Agences régionales consacre l'abandon de cette politique, des objectifs qu'elle sous-tend et des PROS qui la concrétisaient, et ce, au profit d'un plan stratégique pluriannuel. Cet abandon de la Politique de la santé et du bien-être et de ses outils de mise en œuvre constitue aux yeux de la FIIQ un recul important en regard d'une vision sociale de la santé, recul qui doit être dénoncé.

Seule exception dans cette importante réorientation, le PROS pour les services médicaux généraux est maintenu. Toutefois, contrairement aux anciens PROS, le territoire couvert est celui du réseau local de services (RLS), lequel correspond souvent au territoire de MRC, territoire de référence d'ailleurs pour la Politique de la ruralité. Est-ce à dire que le RLS devient le nouveau territoire de référence du ministère en remplacement des territoires de CLSC pour les populations locales?

◆ **LES RÉSEAUX UNIVERSITAIRES INTÉGRÉS DE SANTÉ (RUIS)**

Si la médecine sociale perd du terrain, en revanche la médecine académique gagne du galon, notamment par l'intégration, dans le projet de loi 83, des réseaux universitaires intégrés de santé, les RUIS. Le projet de loi 83 en fait des entités à part entière. Il ne fait pas de doute qu'avec l'instauration de territoires de desserte, de zones de proximité et de corridors de services, la zone d'influence de la médecine universitaire serait accrue, voire étendue à l'ensemble du territoire du Québec. Et c'est sans compter l'influence que ne manqueraient pas d'exercer les réseaux universitaires sur les agences régionales, la

commission médicale régionale, les établissements de santé et le ministre lui-même, leur avis devenant incontournable. En effet, il est prévu que les RUIS fassent des propositions aux agences régionales et au ministre sur une foule de sujets, allant de l'offre de services spécialisés, aux plans d'effectifs médicaux, en passant par le regroupement des effectifs médicaux spécialisés et l'instauration de corridors de services (art. 436.6). Son spectre d'intervention et d'influence est considérable, alors que la recherche dans d'autres disciplines de soins, notamment en soins infirmiers est négligée.

De plus, est instituée une Table de coordination des RUIS, qui exerce un certain nombre de responsabilités en regard de la place stratégique de la médecine académique dans tous les établissements. Or, il faut déplorer que cette Table ne compte aucune personne en provenance des milieux de soins alors qu'elle viserait à assurer l'accès à la médecine académique dans toutes les régions du Québec. Il peut être louable de vouloir ainsi démocratiser la médecine universitaire, mais à quel prix? Chacun sait que la médecine universitaire coûte cher. En effet, la demande pour des plateaux techniques et technologiques risque de créer une inflation des dépenses dans les établissements qui voudront se mettre à niveau. Les établissements auront-ils les ressources financières nécessaires pour soutenir cette orientation gouvernementale? Par ailleurs, les investissements requis ne doivent pas se faire au détriment de ceux qui doivent être alloués pour soutenir la santé publique. Il faut s'assurer que davantage soit fait pour la santé publique, et notamment en promotion et prévention.

◆ DES RECULS DÉMOCRATIQUES SUBSTANTIELS

Bien que le mandat de l'agence régionale quant à la participation de la population resterait intact, le principal lieu de participation, le Forum de la population, serait aboli par le projet de loi n° 83. Rappelons que celui-ci avait remplacé l'assemblée régionale. Comment alors l'agence régionale s'acquitterait-elle de cette responsabilité puisque la seule instance représentant la population serait abolie? Il ne resterait plus que les comités d'utilisateur-s. L'utilisateur-trice de services deviendrait donc le-la seul-e à avoir son mot à dire et à être consulté-e. Il est difficile de prétendre que ces comités soient représentatifs de l'ensemble de la population. Cette abolition confirmerait donc pour la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec un changement d'orientation, de philosophie du réseau, à savoir une orientation axée sur une relation de fournisseur de services à un-e client-e, plutôt que de dispensateur de soins et de services de santé

aux personnes malades et à la population en général. Par ces dispositions, le projet de loi n° 83 introduit une logique de consommation de services. Après le virage ambulatoire des années 1995, nous voici placées devant un « virage clientéliste ».

Ce virage est d'ailleurs concrétisé par la composition du conseil d'administration des Agences régionales : perte du représentant du Forum de la population; ajout d'un-e représentant-e des comités d'usager-ère-s; perte du représentant du milieu social; ajout de deux représentants de la Conférence régionale des élus (CRÉ). De plus, le conseil d'administration serait nommé par le ministre et non plus par le gouvernement. Il y aurait donc, ici comme ailleurs, accroissement de la mainmise du ministre de la Santé et des Services sociaux sur le réseau. Il nous faut parler de concentration du pouvoir politique entre les mains d'un nombre toujours plus restreint d'individus, un recul en termes de démocratie bien sûr. Recul qui correspond cependant à une tendance lourde au sein du gouvernement libéral et que nous ne pouvons que dénoncer.

● PARTIE 3 - LES ÉTABLISSEMENTS

◆ LA MISE EN ŒUVRE DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (RLSSSS)

En décembre 2003, le gouvernement actuel adoptait la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux [loi 25]. Un an plus tard, soit en décembre 2004, le projet de loi n° 83 a été présenté par le ministre de la Santé et des Services sociaux comme une loi d'harmonisation avec la loi 25¹⁶ ». De ce fait, les articles 99.2 à 99.8 inclusivement portant sur ces réseaux ne comportent aucune surprise.

La réalisation de l'implantation de tels réseaux devait se faire en deux phases. Pour réaliser la première phase, les nouvelles agences avaient pour mandat de définir et de proposer un modèle d'organisation basé sur un ou plusieurs réseaux locaux de services; cet exercice a été mené tambour battant puisqu'en date du 23 juin 2004, le réseau de la santé et des services sociaux comptait 95 réseaux locaux.

La réalisation de la deuxième phase qui vient de s'enclencher repose pour sa part entre les mains des centres de santé et de services sociaux (CSSS). Ceux-ci doivent maintenant définir un projet organisationnel et clinique afin d'organiser les services de

santé pour répondre aux besoins de la population de leur territoire. En vertu de l'article 99.5 du projet de loi n° 83, l'instance locale se voit confier de manière exclusive la responsabilité de la définition d'un projet clinique et organisationnel pour le territoire du réseau local de santé et de services qu'elle dessert. Ce projet de loi vient donc confirmer la décentralisation des responsabilités de gestion vers le palier local et, plus précisément, vers le nouvel établissement qu'est l'instance locale laquelle, incidemment, est la seule autorisée à être identifiée par l'appellation « centre de santé et de services sociaux » (CSSS) (art. 99.4 al. 2).

■ **La confirmation et la concrétisation de logiques nouvelles**

Cette décentralisation concrétise un changement profond de la logique de gestion et d'organisation des services; ainsi, on instaure formellement le passage d'une logique axée sur les services à une logique axée sur la responsabilisation vis-à-vis la population d'un territoire et l'exercice de la responsabilité populationnelle. Il faut ici rappeler que la responsabilité populationnelle, notamment, et la hiérarchisation des soins sont les deux principes novateurs retenus par le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Philippe Couillard, pour guider les décisions et les actions des acteurs du réseau¹⁷. Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le défi à relever par les CSSS est de « passer d'une logique de prestation de services à une logique de responsabilisation à l'égard des besoins de la population sur le territoire, et de travailler en réseau intégré avec les partenaires du réseau local ainsi qu'avec ceux des niveaux régional et provincial¹⁸⁻¹⁹. »

L'article 99.3 du projet de loi où il y est dit que la mise en place des réseaux locaux « vise à responsabiliser tous les intervenants » ainsi que l'article 99.7 où l'on y parle d' « une perspective de hiérarchisation des services » donnent des assises concrètes à cette nouvelle logique et à ces principes novateurs.

■ **Une complexification induite dans la définition du projet clinique et organisationnel**

Tel que souligné précédemment, un CSSS doit définir un projet clinique et organisationnel. Le premier commentaire concernant cet article est à l'effet qu'il ne pêche pas par excès de limpidité et de transparence. Afin de bien saisir les tenants et aboutissants d'un tel projet clinique et organisationnel, la consultation de la volumineuse documentation du MSSS portant sur les projets cliniques et organisationnels s'avère

donc un détour obligé²⁰⁻²¹⁻²²⁻²³. La première question qui se pose est de savoir en quoi consiste un projet clinique : le projet de loi est muet là-dessus. La documentation portant sur cette question nous apprend que :

« Le projet clinique du réseau local réfère à une **démarche** qui vise à répondre aux besoins de santé et de bien-être de la **population** du territoire à partir de divers **modes de prestation** de services **adaptés** aux réalités locales, **articulés** entre eux et qui **englobent** l'ensemble des interventions relatives à la promotion-prévention de la santé et du bien-être, le diagnostic, les interventions ou traitements, le suivi, l'adaptation et le soutien à l'intégration sociale, la réadaptation et le soutien en fin de vie. Il tient compte du rôle et des responsabilités des acteurs sectoriels et intersectoriels et du potentiel de **contribution** des divers acteurs. Il suppose que les divers interlocuteurs se rendent **imputables** des services qu'ils offrent aux individus et à la population et des ressources mises à leur disposition. »

« Concrètement, le projet clinique consiste à :

- Établir le portrait des besoins de santé et de bien-être de la population du territoire à l'aide d'indicateurs permettant d'établir notamment les profils démographiques, socio-économiques, sociosanitaires, d'utilisation des services;
- Inventorier les ressources et services actuellement disponibles pour répondre à ces besoins;
- Analyser les écarts à combler pour rencontrer les objectifs d'accès, de continuité et de qualité;
- Identifier les modèles cliniques et les collaborations fructueuses déjà implantés qu'il faut maintenir et renforcer;
- Choisir, s'il y a lieu, d'autres modèles à intégrer pour combler les écarts dans l'atteinte des objectifs retenus;
- Préciser les éléments de l'offre de service et les paramètres devant être contenus dans les ententes de services;
- Préciser les rôles et les responsabilités des acteurs;
- Articuler les programmes services avec l'ensemble des services offerts;
- Assurer le suivi des impacts sur les services et sur la santé et le bien-être de la population²⁴. »

La deuxième question qui se pose est à l'effet de savoir sur quels modèles cliniques le projet clinique et organisationnel doit reposer. Afin d'aider les CSSS à définir leur projet clinique et organisationnel, le MSSS a produit un cadre de référence visant à préciser les « constituants essentiels du projet clinique pour en encadrer l'élaboration²⁵ ». Que nous apprend ce cadre de référence? Que parmi les huit objectifs généralement considérés (accessibilité, continuité, globalité, qualité, satisfaction ou réactivité, équité,

efficience, contrôle des coûts), on en retient trois pour le projet clinique, à savoir l'accessibilité, la continuité et la qualité; que parmi les cinq mécanismes ou moyens pour parvenir à ces objectifs (standardisation, coordination, compétition, coopération, imputabilité) on en retient deux pour le projet clinique, à savoir la standardisation et la coordination. On y apprend aussi que parmi les treize approches qui doivent servir de base pour fixer le choix des modèles cliniques, trois approches sont retenues (approche par programme, approche populationnelle, approche communautaire) et que parmi les quarante-huit modèles étudiés sur les façons de faire, six catégories de modèles ont été privilégiées (modèles centrés sur la personne, modèles de soins et services coordonnés, modèles communautaires, modèles de gestion de la maladie, modèles de soins et services intégrés, modèles de collaboration). L'adage populaire « Pourquoi se simplifier la vie quand c'est si facile de la rendre compliquée » prend ici tout son sens.

Ce cadre de référence n'apparaît évidemment pas dans le projet de loi portant sur le projet clinique et organisationnel mais il le sous-tend. Comme il est largement diffusé auprès des décideurs, il y a tout lieu de craindre que cette approche très théorique du projet clinique sème la confusion, suscite des débats inutiles, retarde inutilement la conception des projets cliniques et surtout leur réalisation. Un cadre de référence d'une telle complexité ne viendra certainement pas rassurer les gestionnaires du réseau dont l'un déplorait récemment que :

« Trop de nos organisations ont les yeux tournés vers le haut pour organiser leurs services, sur des cadres de référence normatifs, théoriques ou encore sur des modes de gestion²⁶. »

■ **L'incomplétude des objectifs**

Les objectifs à poursuivre par la mise en place d'un réseau local de services de santé et de services sociaux par le biais des projets cliniques et organisationnels ont clairement été identifiés et explicités dans plusieurs documents émanant du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ces objectifs sont l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et des services. Pourquoi l'article 99.3 ne porte-t-il que sur la continuité (« façon continue ») et l'accessibilité (« accès »)? Pourquoi l'objectif de qualité n'y apparaît-il pas alors que dans la documentation émanant du ministère de la Santé et des Services sociaux, il y est dit :

« L'objectif de qualité dans un projet clinique est apparu d'emblée incontournable. De plus, les objectifs d'accès et de continuité mis de

l'avant dans le document « L'intégration des services » ont été reconnus cohérents avec le projet clinique²⁷. »

« Il a déjà été convenu que le potentiel d'amélioration de l'organisation des soins et services pour servir les finalités mises de l'avant dans le processus d'évolution du réseau serait concrétisé davantage par les objectifs d'accessibilité et de continuité. Pour favoriser le projet clinique, l'objectif de la qualité doit être maintenu²⁸. »

Pour la FIIQ, l'objectif de qualité des soins et des services doit apparaître dans le libellé de l'article 99.3 du projet de loi n° 83.

■ Une supervision insuffisante à l'égard des ressources privées

En vertu de l'article 99.7, al. 1 (2°) du projet de loi n° 83 on y prévoit qu' « *Afin de s'assurer de la coordination des services requis pour la population du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux, l'instance locale doit instaurer des mécanismes ou conclure des ententes avec les différents producteurs de services et partenaires que sont, notamment, les établissements offrant des services spécialisés ou surspécialisés, les médecins du territoire, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les ressources privées.* »

Les services ne seront donc pas tous dispensés par le CSSS. Dans la documentation du MSSS, il y est dit que : « Sauf en ce qui concerne l'assurance de la qualité que le centre de santé et de services sociaux doit exercer sur les ressources privées auxquelles il réfère, le centre de santé et de services sociaux n'assumera donc pas de supervision directe sur les interventions de ses partenaires²⁹. » Afin de respecter les trois objectifs qui sont au coeur des projets cliniques et organisationnels, le CSSS doit, à tout le moins, veiller à ce que les ressources privées répondent non seulement à l'objectif de qualité mais aussi aux objectifs d'accessibilité et de continuité.

■ La mobilisation et la participation des intervenant-e-s

L'article 99.5 (*in fine*) du projet de loi n° 83 confirme l'importance de la mobilisation et de la participation de plusieurs structures et groupes d'intervenant-e-s pour définir un projet clinique et organisationnel, tels « *les établissements offrant des services spécialisés et surspécialisés, les divers groupes de professionnels, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les ressources privées et les intervenants des autres secteurs d'activité ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux. [...].* »

Personne n'ignore que, pour diverses raisons, le contexte actuel ne se prête pas à une telle mobilisation. Dans un document produit par un groupe de travail pour le MSSS, cette question y était abordée :

« D'abord il n'y a pas d'exemple dans la littérature d'un contexte similaire avec en même temps une modification structurelle et clinique en profondeur jumelée avec une révision majeure des règles syndicales. Par ailleurs, on connaît bien les données sur les fusions ou sur la formation de réseaux par le biais d'ententes. Même si la loi précise l'imputabilité de chacun à rencontrer les objectifs, il demeure que des discussions sont à prévoir sur le terrain autour de cette question.

De plus les impacts négatifs des fusions sur les ressources humaines sont bien documentés et d'ailleurs on sait que les fusions ont déjà généré des inquiétudes et des propos négatifs³⁰. »

Le gouvernement actuel est le maître d'œuvre de ce contexte défavorable à la définition et à la mise en œuvre des projets cliniques et organisationnels. En adoptant de façon précipitée, en décembre 2003, certains projets de loi inutiles, incomplets, dangereux, (projet de loi 7, 25, 30, 31, 34, 35), et, en décembre 2004, un autre projet de loi dévastateur, déloyal et grossier (projet de loi 61), — et ce, malgré le tollé de protestations des ressources du réseau éminemment concernées par ces projets de loi —, le gouvernement a sabordé leur confiance. Si on avalise les propos de certains décideurs du réseau à l'effet qu' : « Il n'y aura pas de vrai projet clinique et pas de réelle intégration des services si les professionnels de la base n'en sont pas convaincus et partie à sa définition³¹ », le contexte actuel est de mauvais augure quant à la mise en œuvre prochaine de projets cliniques et organisationnels.

Pour atteindre les résultats optimaux recherchés par la mise en œuvre d'un projet clinique, il est important et nécessaire d'intégrer la logique professionnelle à la logique organisationnelle. Il ne faut pas oublier que c'est à travers les pratiques professionnelles que s'actualisera le projet clinique.

« Un projet d'une telle envergure nécessite la mise en place de mesures permettant le fonctionnement optimal des réseaux locaux nouvellement créés.

Ces mesures se traduisent au plan local par la compatibilité des valeurs, une culture commune qui favorise l'ajustement mutuel et la standardisation des normes, l'implication des cliniciens, la présence d'un leadership fort et de leaders acceptés par tous, la mise en place de mécanismes de communication efficaces, la formation d'équipes

détenant des expertises complémentaires, la clarté des rôles et responsabilités.

Aux plans régional et national, il faut s'assurer notamment d'un partage clair des rôles entre les paliers gouvernementaux, d'un niveau de financement adéquat, de la disponibilité des systèmes d'information, de la présence d'orientations et de lignes directrices lorsque pertinent, de la convention d'attentes signifiées, de la disponibilité des ressources professionnelles, de l'intégration des services médicaux, de la révision des programmes d'enseignement.

Ces mesures découlent de l'importance d'intégrer la logique professionnelle à la logique organisationnelle pour atteindre une configuration optimale des résultats³². »

La FIIQ demeure convaincue que la réussite d'un tel projet est tributaire de l'adhésion qu'il suscitera de tous les acteurs concernés (population du territoire, employé-e-s, syndicats, partenaires pertinent-e-s, CSSS, agence, MSSS) ainsi que des mesures de soutien locales, régionales et nationales.

Le contexte actuel représente indubitablement « tout un défi pour une nouvelle réforme de structures plutôt mal accueillie par un personnel surchargé, épuisé et démotivé par les résultats incertains des efforts déjà consentis et par le peu d'égards qu'on lui témoigne dans l'amorce de cette transformation³³. »

● PARTIE 4 - LE PERSONNEL

◆ LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE ET LE DÉVELOPPEMENT DU PERSONNEL

Le projet de loi n° 83 contient des ajouts importants concernant la planification de la main-d'œuvre et le développement du personnel. En vertu des dispositions de l'article 231, « *tout établissement public ou privé conventionné doit préparer avec la participation de ses employés et, le cas échéant, des syndicats dont ils sont membres, un plan d'action triennal pour la planification de la main-d'œuvre et le développement du personnel.* » En plus des mesures relatives à l'accueil des employé-es, à leur motivation, leur valorisation, le maintien de leur compétence, leur évaluation, leur perfectionnement, leur mobilité et l'orientation de leur carrière, ce projet de loi prévoit que ce plan devra aussi contenir des mesures relatives à la préparation de leur relève (art. 231, alinéa 2).

Par souci de concordance avec les modifications proposées à l'article 231, l'article 376 du projet de loi a aussi été révisé. Ainsi, cet article prévoit que « *l'agence élabore, en*

tenant compte des orientations déterminées par le ministre et des politiques qu'il établit et en collaboration avec les établissements concernés, des plans régionaux en matière de planification de main-d'œuvre et de développement des ressources humaines et veille à leur application ». À cet effet, il est prévu, entre autres choses, que « l'agence met[te] en place des moyens pour assister les établissements, à leur demande, dans l'élaboration de leur plan d'action pour la planification de la main-d'œuvre et le développement de leur personnel et [qu'elle] identifie les besoins prioritaires afin de favoriser la mise en commun, par les établissements, de services touchant la planification de la main-d'œuvre et le perfectionnement et la mobilité de leur personnel. » (art. 376 in fine).

Les principaux commentaires de la FIIQ concernant ces ajouts porteront tout particulièrement sur la planification de la main-d'œuvre, sur le développement du personnel, sur les mesures à inclure dans ce plan et tout particulièrement, celles relatives à la motivation, à la valorisation, au maintien des compétences, à la préparation de la relève et à la mobilité; ils porteront également sur l'approche à privilégier, sur la participation des employé-e-s et des syndicats dont il-elle-s sont membres, sur la durée de ce plan et, finalement, sur les conditions de réussite d'un tel plan.

■ **La planification de la main-d'œuvre**

Depuis plusieurs années, la FIIQ n'a eu de cesse de clamer sur toutes les tribunes l'importance d'agir dans le dossier de la planification de la main-d'œuvre infirmière. En effet, à plusieurs reprises au cours des années 1980, la FIIQ a dénoncé l'absence évidente de planification gouvernementale concernant la main-d'œuvre infirmière et réclamé des gouvernements qui se sont succédé la mise en œuvre rapide de mécanismes visant à assurer une meilleure adéquation entre les besoins du réseau socio-sanitaire québécois et la main-d'œuvre infirmière disponible.

Il aura fallu le recours à un moyen de pression d'une telle force, en l'occurrence. La menace du refus par les infirmières et infirmiers « d'effectuer du travail en heures supplémentaires », pour que les doléances de la FIIQ en cette matière trouvent enfin écho auprès du Conseil des services essentiels. Dans sa décision, prononcée le 25 juin 1998, ce conseil ordonnait la mise sur pied d'un groupe de travail national et lui confiait le mandat « d'apporter aux parties nationales et aux parties locales l'éclairage suffisant

en vue de doter le réseau de la santé et des services sociaux d'une démarche alliant planification stratégie [sic] des effectifs, organisation du travail et développement des ressources humaines et de proposer des mesures favorisant l'attraction et la rétention de cette main-d'œuvre³⁴ ».

Dans un rapport ad hoc déposé le 9 mars 1999 par ce groupe de travail, on y recommandait « que le MSSS, en collaboration avec les établissements et les syndicats concernés, mette en place rapidement des mécanismes pour assurer une véritable planification des effectifs infirmiers qui soit respectueuse de ces ressources humaines tout en étant cohérente et efficace, afin de gérer de manière prévisionnelle les besoins en personnel infirmier à court, moyen et long terme³⁵. »

Cette recommandation ne demeura pas lettre morte car à l'automne 1999, la ministre de la Santé et des Services sociaux d'alors, madame Pauline Marois, enclenchait un important processus de planification de la main-d'œuvre. C'est dans le cadre de ce processus que le Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière fut créé, forum auquel s'est jointe la FIIQ dès sa création. Le mandat de ce forum consistait à mettre en commun les expertises, les préoccupations et les informations reliées à la planification des effectifs et à proposer au MSSS les orientations et des plans d'action à partir de consensus à l'égard des différentes problématiques et de visions communes quant aux solutions à promouvoir. Les travaux du Forum ont permis, conformément à son mandat, de dresser un portrait de la situation et d'établir les besoins quantitatifs et qualitatifs en matière de main-d'œuvre infirmière pour l'ensemble du Québec au cours des quinze prochaines années. Le rapport présentait également un plan d'action qui poursuivait quatre objectifs : résorber la pénurie globale, améliorer l'adéquation entre les compétences et les besoins des clientèles, rendre la profession plus concurrentielle pour attirer un plus grand bassin de main-d'œuvre, et finalement, effectuer le suivi des activités prévues au plan d'action et la mise à jour annuelle du processus de planification de la main-d'œuvre infirmière.

Pour atténuer sinon éviter que la pénurie n'atteigne l'ampleur prédite, le Forum affirmait dans son rapport qu'il fallait non seulement former davantage d'infirmières, mais que la « situation ne pourra[it] s'améliorer qu'à condition de mettre en place un milieu de travail assurant une réelle qualité de vie et donnant aux infirmières l'opportunité de réaliser leurs aspirations tant sur le plan professionnel que sur le plan personnel. » Parmi les facteurs les plus susceptibles d'améliorer la qualité de vie au travail, le rapport du Forum

mentionnait « une charge de travail appropriée, le leadership professionnel et le soutien clinique, une formation continue adéquate, le cheminement de carrière, l'aménagement du temps de travail, le respect professionnel, la protection contre les blessures et maladies professionnelles et des salaires intéressants³⁶ ».

Les résultats d'une recherche sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières du Québec (commandée par le ministère de la Santé et des Services sociaux) présentés dans un rapport remis au Groupe de travail sur la planification de la main-d'œuvre infirmière en décembre 2003³⁷ sont venus confirmer la justesse et la pertinence des propos du Forum formulés dans son rapport. Plusieurs de ces facteurs sont identiques à certaines des mesures précisées dans le deuxième alinéa de l'article 231, qui doivent faire l'objet du plan d'action pour la planification de la main-d'œuvre et pour le développement du personnel.

La FIIQ déplore qu'il ait fallu l'imminence d'une crise majeure concernant les effectifs infirmiers, en l'occurrence une pénurie d'une ampleur sans précédent, pour que les vis-à-vis de la Fédération daignent enfin prêter une oreille attentive à ses inquiétudes et reconnaissent la pertinence des solutions qu'elle proposait pour régler ce problème.

Actuellement, l'ensemble du réseau de la santé est aux prises avec une pénurie de main-d'œuvre dans plusieurs catégories de personnel. Vu son ampleur, cette crise ne pourra se résorber rapidement; cependant, elle pourrait être atténuée si tous les établissements publics ou privés conventionnés se conformaient aux nouvelles dispositions de l'article 231 tel que libellé dans l'avant-projet de loi n° 83 et préparaient, avec la participation des employé-e-s et des syndicats dont il-elle-s sont membres, un plan d'action triennal pour la planification de la main-d'œuvre et le développement du personnel. Pour ces considérations, la FIIQ accueille favorablement les modifications suggérées à l'article 231 du projet de loi n° 83.

■ **Le développement du personnel**

Le développement du personnel demeure sans contredit l'un des aspects les plus déficients de la gestion des décideurs du réseau de la santé au cours des dernières années. Le diagnostic en cette matière est percutant, désolant et inquiétant : plans de développement des ressources humaines (PDRH) inexistantes ou parcellaires – conçus sans vision globale et sans approche intégrée – élaborés sans la participation des employé-e-s et de la partie syndicale, etc.

Trop de gestionnaires, encore maintenant, semblent peu sensibilisés au fait qu'un nombre suffisant de professionnelles en soins, la qualité d'exercice de celles-ci, leurs compétences, leur maintien en poste et dans leurs professions respectives dépendent des possibilités de formation continue, de l'accueil des nouvelles diplômées, de l'utilisation efficace du potentiel de chacune d'elles, des possibilités de cheminement professionnel et du soutien affectif et cognitif offerts dans le milieu de travail.

■ **Les mesures visées dans le plan d'action**

L'article 231 précise que le plan d'action triennal pour la planification de la main-d'œuvre et le développement du personnel doit contenir des mesures relatives à l'accueil des employé-e-s, à leur motivation, leur valorisation, le maintien de leur compétence, leur évaluation, leur perfectionnement, leur mobilité, la préparation de leur relève et l'orientation de leur carrière. Certaines de ces mesures nous interpellent de façon particulière et commandent qu'on s'y attarde.

- ***La motivation***

Précarité, pénurie, surcharge de travail, épuisement, détresse psychologique, détérioration du climat de travail, démotivation : voilà le vocabulaire que l'on utilise le plus souvent pour décrire la situation de travail des professionnelles en soins. Il y a unanimité à reconnaître qu'il y a crise au sein de cette main-d'œuvre, crise qui se répercute sur l'organisation et la dispensation des soins.

À plusieurs reprises et depuis plusieurs années, la FIIQ a vigoureusement dénoncé la situation inacceptable des conditions de travail vécues notamment par les infirmières du réseau, la détérioration du climat de travail et leur démotivation. Face à une surcharge de travail générée à la fois par une clientèle présentant des pathologies de plus en plus nombreuses, sévères et complexes, par une accélération du rythme de travail et par des ressources humaines, matérielles et financières insuffisantes, l'infirmière doit sans cesse prioriser ses actions et interventions, confiner sa pratique à des tâches techniques, laisser le *cure* prendre de plus en plus le pas sur le *care*, en somme aller au plus urgent.

Les infirmières, hélas, ne sont pas les seules professionnelles en soins à subir les contraintes que leur impose le fonctionnement erratique du réseau. Ces façons de faire donnent aux professionnelles en soins l'impression que la pratique de leur profession se limite à " éteindre les feux " pour éviter que l'irréparable ne survienne. Les pressions

qu'elles subissent sur leur pratique professionnelle dans la conjoncture actuelle contribuent largement à la démotivation ressentie par plusieurs professionnelles en soins.

- **La valorisation**

Lors d'une vaste consultation effectuée par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval en 1998 dans le but de concevoir un cadre de référence concernant l'approche en milieu de vie en CHSLD, « l'ensemble du personnel a exprimé le besoin d'être supporté et appuyé par la direction, d'être écouté au niveau de ses besoins, d'être respecté et reconnu pour le travail fait, d'être valorisé »; il disait aussi, « qu'il apprécierait qu'on lui fasse davantage confiance dans les opinions qu'il peut exprimer, dans ses capacités à s'impliquer dans la gestion de projets ou activités³⁸. »

Parmi les facteurs à l'origine de la dévalorisation ressentie par les professionnelles en soins, la FIIQ identifie principalement l'obsession du déficit zéro, la Loi anti-déficit dans les établissements, la valeur de l'action à court terme pour utiliser un terme du marché, lesquelles ont occulté la principale valeur de tout milieu de travail, à savoir la valeur de l'humain. Au-delà des discours que les associations patronales et le gouvernement ont tenus sur la valeur et l'importance des ressources humaines, la pratique quotidienne et la situation de travail dans le réseau ont continuellement été à l'encontre de ces discours. Les employeurs locaux, les associations patronales et le gouvernement devront sérieusement s'investir dans la recherche et l'actualisation de véritables solutions parce que s'il est un milieu où la pénurie de la main-d'œuvre se fera rapidement sentir c'est bien celui du réseau de la santé et des services sociaux. À moins que de façon tangible, les personnes qui y travaillent sentent et constatent des transformations importantes qui leur donneraient le goût d'y rester plus longtemps, plutôt que le goût d'en partir au plus vite³⁹!

Dans les orientations ministérielles du gouvernement actuel portant sur un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD, on y indique le caractère essentiel de la reconnaissance de la contribution du personnel.

« À cet égard, la reconnaissance de la contribution de tous les acteurs, quel que soit leur titre d'emploi, à l'amélioration de la réponse aux besoins des personnes en perte d'autonomie est essentielle. Elle peut s'exercer de différentes façons dont, à titre d'exemple, la participation concrète de tout le personnel et de la famille à l'élaboration et à la

révision des plans d'intervention; l'implantation de modes de communication qui rappellent régulièrement à tout le personnel les résultats positifs de ses interventions et une écoute attentive et constante de ses difficultés et de ses besoins⁴⁰. »

Doit-on voir dans ces propos une réelle volonté du gouvernement actuel de donner des suites tangibles en matière de reconnaissance envers le personnel du réseau de la santé et des services sociaux ou ces propos ne demeureront-ils que de bonnes intentions, que du discours? Il est à souhaiter que le passé ne sera pas garant de l'avenir, car en matière de valorisation de ce personnel, un sérieux coup de barre s'impose!

- ***Le maintien des compétences***

Le bilan fait par certain-e-s intervenant-e-s du milieu de la santé est très négatif à propos de la formation qui s'y donne : « si on regarde l'expérience des 20 dernières années, la formation n'a pas eu beaucoup d'impact, car elle a été ponctuelle et sans suivi. C'est pour cette raison qu'au lieu de parler de formation on parle maintenant d'apprentissage⁴¹. » Dans un avis émis par le Conseil des aînés en l'an 2000, ce dernier indiquait que, en ce qui concernait les ressources humaines dans ces milieux de vie, les problèmes se situaient à plusieurs niveaux, notamment le manque de formation. Il ajoutait que même « quand il y avait de la formation celle-ci était souvent partielle et difficilement applicable dans le milieu de travail, ou encore qu'il n'y avait tout simplement pas opérationnalisation de la théorie⁴².

La FIIQ partage le point de vue du Conseil des aînés à l'effet qu' :

« Il faut que les administrateurs d'établissements de santé et de services sociaux comprennent que ce n'est pas en libérant leur personnel pour quelques jours afin de recevoir une quelconque formation qu'ils vont réussir à améliorer et à maintenir une qualité de services. La formation s'inscrit dans un processus complet et continu auquel toutes les personnes qui oeuvrent dans l'établissement (gestionnaires, intervenants directs, personnel de soutien, bénévoles, familles...) doivent participer. De plus, elle s'inscrit dans une démarche beaucoup plus large qui inclut l'adhésion à une philosophie commune qui guidera les interventions, le choix du personnel, le type de formation à offrir, les aménagements physiques et environnementaux et, conséquemment, les orientations des dépenses budgétaires⁴³. »

- **La préparation de la relève**

Le phénomène du vieillissement de la population vécu dans la plupart des pays industrialisés « influe indéniablement sur la planification de la relève dans les organisations, lesquelles font face à la nécessité de remédier aux pénuries de main-d'œuvre et d'assurer le remplacement des ressources humaines qui s'apprêtent à grand nombre à prendre leur retraite⁴⁴ ». Les professionnelles en soins sont lourdement touchées par le phénomène du vieillissement. Il y a un bon moment que les prévisions démographiques illustrent le phénomène, voici que nous sommes au coeur de ce qui nous était annoncé. D'un côté, les baby-boomers arrivent en fin de carrière, les premiers ayant déjà pris leur retraite alors que le plus gros des troupes y sera dans les années voire les mois à venir, et de l'autre côté, une diminution plus qu'importante de la natalité qui fait en sorte qu'il n'y a jamais eu si peu de jeunes disponibles à prendre la relève de ceux-celles qui partiront.

Les projections les plus récentes du ministère de la Santé et des Services sociaux (2003)⁴⁵ concernant le personnel en soins infirmiers indiquent qu'il faut s'attendre à un important renouvellement de la main-d'œuvre de cette catégorie de personnel. Il en sera de même pour d'autres catégories de professionnel-le-s et de personnels.

Face au vieillissement de la main-d'œuvre et à la pénurie de main-d'œuvre qui en résulte, la gestion de la relève est devenue une priorité. En contexte de pénurie, semble-t-il, les gestionnaires favoriseraient davantage l'embauche et la formation des jeunes, et ce, au détriment des employés plus expérimentés⁴⁶. Ceci est une erreur, et ce, principalement dans le réseau de la santé car il faut « assurer le transfert des connaissances et l'intégration de la relève sans ruptures de services et sans augmenter les risques pour la clientèle⁴⁷. »

Il est de plus en plus évident que les organisations devront réviser et transformer leur façon de faire afin de non seulement attirer et recruter la main-d'œuvre, mais aussi de maintenir sur le marché du travail les employé-e-s vieillissant intéressé-e-s à prolonger leur vie professionnelle. Pour la FIIQ, une chose est claire, l'évolution du contexte démographique nous force à réviser nos conceptions du vieillissement de la main-d'œuvre et la façon que nous avons eue de la gérer jusqu'à aujourd'hui. La plupart des recherches sur cette question ont démontré que les pratiques d'exclusion ou les pratiques d'éviction de la main-d'œuvre vieillissante ont été depuis plusieurs années, les

plus largement employées, et ce, malgré les différentes recommandations en faveur de politiques de rétention de la main-d'œuvre et malgré les contradictions apparentes entre ces pratiques et les changements démographiques.

Actuellement et pour les années à venir, le principal défi pour une organisation sera de gérer l'intergénérationnel, lequel consistera à garder à son emploi, pendant le temps requis, le personnel expérimenté, à recruter et conserver en nombre suffisant un personnel capable de répondre aux besoins futurs de l'organisation et à assurer le transfert des connaissances entre les générations. Les gestionnaires du réseau de la santé ont un rôle majeur à jouer dans les pratiques de gestion pour gérer le personnel expérimenté et la relève, ainsi que pour établir un véritable pont entre les générations de professionnels qui y travaillent.

- La mobilité du personnel

Le projet de loi n° 83 maintient la disposition à l'effet que le plan d'action prévu à l'article 231 contient des mesures relatives à la mobilité du personnel. Plusieurs questions se posent concernant cette mobilité. Quelle forme prendra cette mobilité? Quels seront les buts et objectifs visés par cette mobilité?

Il faut distinguer une mobilité voulue, désirée, respectueuse des ententes conventionnées, d'une mobilité imposée. Pour certains employeurs, la recherche d'une plus grande mobilité vise à accroître leur marge de manœuvre pour disposer de leur personnel à leur guise. La FIIQ s'opposera toujours à ce que la mobilité soit interprétée comme voulant dire déplacer la salariée n'importe où, n'importe quand, n'importe comment, en contravention avec les dispositions prévues dans la convention collective.

La mobilité peut avoir des retombées non souhaitées. Ainsi, la fusion des listes d'ancienneté à l'intérieur des réseaux locaux risque de générer des mouvements de main-d'œuvre susceptibles d'accroître la pénurie d'infirmières dans des secteurs où la charge de travail est beaucoup trop lourde, ou encore dans les milieux de soins moins attractifs, comme dans les CHSLD, ou encore sur les quarts de soir et de nuit.

Pour la FIIQ, la stabilité (des postes, des équipes de soins) doit demeurer la règle et la mobilité, l'exception. Lors d'une vaste consultation menée par la Régie régionale de Laval en 1998, pour concevoir un cadre de référence pour l'approche en milieu de vie en CHSLD, on soulignait que la stabilité dans le personnel était fortement souhaitée « pour

assurer une plus grande sécurité et le développement de relations plus significatives » et que pour « assurer une plus grande stabilité chez le personnel » les personnes consultées proposaient « d'éliminer les agences, car c'est un personnel qui change très souvent »; elles ajoutaient que cette situation perturbait les équipes de travail et affectait les résidents⁴⁸. »

Un autre effet bénéfique de la stabilité, entre autres celle des équipes de base, est qu'elle favorise le développement des savoirs, des savoir-être et des savoir-faire des professionnelles de la santé. Cette stabilité contribue à l'amélioration de la qualité des soins et à l'amélioration de la satisfaction des usager-ère-s. La mobilité risque de miner les retombées positives associés à la stabilité des équipes de base.

■ Une approche globale et intégrée

La FIIQ considère que l'ensemble des mesures énumérées à l'article 231 forme un tout, celles-ci étant interreliées et interagissant entre elles, s'alimentant les unes les autres. Ainsi, des activités de perfectionnement pourront permettre de maintenir ou d'accroître les compétences du personnel; elles pourront aussi contribuer à leur valorisation et augmenter leur motivation, certain-e-s membres du personnel pouvant y voir là un intérêt et une marque de confiance en leurs capacités ou encore, un moyen de répondre à leurs aspirations personnelles et professionnelles. Par ailleurs, l'évaluation du potentiel ou des compétences pourrait servir à structurer l'orientation de carrière de certain-e-s employé-e-s intéressé-e-s. Ces exemples illustrent l'interdépendance des mesures devant faire partie du plan d'action prévu à l'article 231. Limiter ce plan à des activités ponctuelles sans lien entre elles et sans vision globale, c'est voir ce plan comme une fin en soi et non comme un moyen. C'est pourquoi la FIIQ recommande d'ajouter à la première ligne du deuxième alinéa de l'article 231, après le mot mesures, le mot « intégrées ».

■ La participation des employé-e-s et des syndicats

L'article 231 stipule que le plan d'action triennal pour la planification de la main-d'œuvre et le développement du personnel doit être préparé avec la participation des employé-e-s et, le cas échéant, des syndicats dont il-elle-s sont membres.

Toutes les mesures associées au plan d'action visé à l'article 231, font partie du processus de gestion des ressources humaines considéré traditionnellement comme la

chasse gardée du service des ressources humaines et de la direction; ceci peut, en partie, expliquer, mais non justifier pourquoi certains gestionnaires considèrent la participation des salarié-e-s et de leur syndicat dans la préparation d'un tel plan d'action comme une intrusion dans leur droit de gérance. Transparence, confiance, respect mutuel, ouverture d'esprit sont des conditions cruciales à la qualité de la participation d'une part et, d'autre part, témoignent d'une volonté partagée par tous les acteurs concernés de favoriser et de faciliter une véritable participation.

■ **La durée du plan d'action**

Le projet de loi n° 83 vient préciser la durée du plan d'action. Ce plan d'action est triennal et « *doit être évalué et mis à jour annuellement avec la participation des employés de l'établissement et, le cas échéant, des syndicats dont ils sont membres* » (art. 231).

L'élaboration d'un tel plan est un exercice complexe, ardu, long et qui mobilise énormément de temps et d'énergie surtout si l'exercice est nouveau pour un établissement. Échelonner l'application d'un tel plan sur une durée de trois ans semble approprié.

■ **Les conditions de réussite**

Le devoir pour tout établissement public ou privé conventionné d'élaborer un plan d'action pour le développement du personnel n'est pas nouveau dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Pourtant, bien peu d'établissements se sont prêtés à cet exercice au cours des dernières années. Afin d'assurer l'application de cette disposition législative et d'éviter qu'elle soit considérée comme une coquille vide, certaines conditions de réussite s'imposent, à savoir :

- que chaque établissement public ou privé conventionné se conforme à l'obligation d'élaborer un plan d'action triennal pour la planification de la main-d'œuvre et le développement du personnel;
- que les mesures contenues dans ce plan d'action s'intègrent à partir d'une vision globale;
- que l'élaboration, la réalisation et le suivi de ce plan soient assumés conjointement par l'employeur et le(s) syndicat(s) qui représente(nt) ses(leurs) membres;

- que les ressources humaines, matérielles et financières soient suffisantes pour assurer la réalisation de ce plan d'action;
- que des budgets soient réservés pour la réalisation d'un tel plan afin d'éviter que des aléas de la conjoncture ne viennent compromettre sa poursuite (ex. : loi anti-déficit).

◆ LES PROFESSIONNEL-LE-S EN SOINS

■ Le directeur des soins infirmiers

L'article 206 du projet de loi n° 83 prévoit qu'un « *directeur des soins infirmiers doit être nommé par toute instance locale, tout établissement qui exploite un centre hospitalier et par tout établissement qui exploite un centre de réadaptation désigné institut universitaire et qui offre des services de réadaptation fonctionnelle intensive. Dans tous les autres établissements, un directeur des soins infirmiers peut être nommé. À défaut d'un tel directeur, le directeur général désigne une infirmière ou un infirmier responsable des soins infirmiers.* »

Les amendements apportés à cet article ne répondent pas à la résolution adoptée à l'unanimité par les 850 déléguées, réunies en Assemblée générale lors du Congrès annuel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) en 2004 : cette résolution demandait au ministre de la Santé et des Services sociaux de désigner une direction des soins infirmiers dans tous les établissements de santé.

Dans un document intitulé « La gouverne des soins infirmiers dans le cadre d'une organisation de services intégrés – Une contribution essentielle à la réussite du projet clinique » (OIIQ, 2004), l'OIIQ démontrait de façon fort rigoureuse qu'il était primordial, crucial et nécessaire, dans le cadre d'une organisation de services intégrés et d'une gestion par programme-clientèle, de garantir la fonction de direction des soins infirmiers (DSI) dans tous les établissements de santé, et ce, « afin de faciliter l'intégration des soins et des services et d'assurer la qualité et la sécurité des soins ainsi que le développement de la pratique professionnelle⁴⁹ ».

La FIIQ partage le point de vue de l'OIIQ à l'effet que pour remplir les responsabilités qui lui sont dévolues, la « DSI doit occuper un poste de cadre supérieur à temps complet, relever de la direction générale, être membre d'office du comité de direction, avoir les ressources pour la réalisation des différentes activités cliniques et administratives et

détenir l'autorité pour exercer ses responsabilités, quel que soit le plan d'organisation⁵⁰ ».

La FIIQ partage également la position de l'OIIQ à l'effet qu'[il] « y a lieu de mettre fin à la désignation de « responsable de soins infirmiers » (RSI) sans responsabilités véritables, sans statut, sans ressources, qui ne peut d'aucune façon relever les défis proposés par le ministre de la Santé et des Services sociaux » et que des modifications à la LSSSS soient apportées « afin que tout établissement, quelle que soit sa désignation, nomme une DSI⁵¹ ».

■ **Le Conseil des infirmières et infirmiers (CII)**

Le projet de loi n° 83 maintient l'un des précieux lieux d'influence dans les établissements pour les infirmières, le Conseil des infirmières et infirmiers. Il comporte cependant quelques modifications importantes; par exemple, un conseil d'administration formé en application de l'article 125 ou 128 doit prévoir qu'un seul CII est institué pour l'ensemble des établissements qu'il administre.

Ainsi « l'instance locale, laquelle est un établissement multivocationnel qui exploite notamment un centre local de services communautaires, un centre d'hébergement et de soins de longue durée et, le cas échéant, un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés » (art. 99.4) aurait le devoir d'instituer un seul CII. Une telle unification permettra peut-être aux infirmières membres du CII unifié de développer des liens étroits entre les infirmières provenant de différents centres, de mettre en commun leur expertise pour exercer les responsabilités qui leur sont dévolues (LSSSS, art. 220) et d'accroître leur pouvoir d'influence.

Le projet de loi prévoit aussi une plus grande représentativité des infirmières au sein du Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers (CECII). En effet, dorénavant, il y aurait possibilité d'avoir davantage d'infirmières (plus de quatre) pouvant siéger à ce comité. Dans les cas où il y a un CII unique, il serait opportun qu'il soit spécifiquement prévu dans la loi de tendre à obtenir une parité de représentation entre les infirmières provenant de centres de missions différentes. Une telle parité serait plus susceptible de répondre aux attentes, aux besoins et aux préoccupations respectives et spécifiques des infirmières provenant de tels centres.

Dans un autre ordre d'idées, il serait utile de rappeler que la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé⁵² visait notamment à décloisonner et à aplanir les frontières interprofessionnelles en plus de favoriser une plus grande interdisciplinarité entre les professionnel-le-s de la santé. En conformité avec l'esprit de cette loi, la FIIQ propose que des modifications soient apportées dans le projet de loi n° 83 afin d'y prévoir la création d'un comité des inhalothérapeutes, d'y inclure la définition des fonctions dévolues à ce comité, d'assurer un siège au président ou à la présidente du comité des inhalothérapeutes au sein du CECII ainsi que sur le conseil d'administration de l'établissement. Il s'agit en quelque sorte d'assurer aux inhalothérapeutes une structure similaire à celle que la Loi sur les services de santé et les services sociaux accorde aux infirmières auxiliaires, à savoir le comité d'infirmières et infirmiers auxiliaires (art. 223).

● PARTIE 5 - LES USAGER-ÈRE-S

◆ LA QUALITÉ DES SERVICES : DES RETRAITS INQUIÉTANTS

À plusieurs articles du projet de loi n° 83, on constate le retrait des mots « améliorer la qualité des services » (art. 33-9° 11°; 76.7; 76.10; 76.11; 76.12 mesures correctives; 177). À titre d'exemple, à l'article 33-9° de l'actuelle Loi sur les services de santé et les services sociaux, il y est précisé que le commissaire local à la qualité des services « *dresse, au besoin et au moins une fois par année, un bilan des activités accompagné, s'il y a lieu, des mesures qu'il recommande pour améliorer la qualité des services ainsi que la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits* »; dans le projet de loi n° 83, ce commissaire de la qualité des services devient le commissaire local aux plaintes et, toujours suivant l'article 33. 9°, « *il dresse, au besoin et au moins une fois par année, des mesures qu'il recommande pour améliorer la satisfaction des usagers et favoriser le respect de leurs droits.* » À l'article 33. 11° le commissaire à la qualité des services « *assure toute autre fonction prévue au plan d'organisation de l'établissement pourvu qu'elle soit reliée au respect des droits des usagers, à l'amélioration de la qualité des services ou à la satisfaction de la clientèle* » alors que dans le projet de loi n° 83 « *il assume toute autre fonction prévue au plan d'organisation de l'établissement pourvu qu'elle soit reliée au respect des droits des usagers ou à la satisfaction de la clientèle* ».

Pourquoi retirer au commissaire local aux plaintes (ex-commissaire local à la qualité des soins) tout ce qui est relatif à l'amélioration de la qualité des services? Est-ce parce que l'on évalue qu'il y a suffisamment de structures (Conseil d'administration – art. 172; Comité de gestion des risques et de la qualité – art. 183.1; Comité de vigilance – art. 181.0.1, 181.04) spécifiquement désignées dans la loi, qui ont à se préoccuper de la qualité des services? Si telle est la raison, celle-ci est fort discutable, car plus il y aura de structures concernées par la qualité des services, plus il y aura des opportunités d'assurer et d'améliorer cette qualité. L'amélioration de la satisfaction de la clientèle est importante mais non suffisante dans l'analyse et le règlement des plaintes des usager-ère-s.

L'amélioration de la qualité et l'amélioration de la satisfaction de la clientèle sont deux réalités différentes à ne pas confondre, qui se mesurent à partir d'indicateurs différents. Comme le souligne plusieurs auteurs « la satisfaction du patient est devenue un élément de plus en plus critique de la mesure de la qualité des soins [...]. Il s'agit là d'une dimension difficile à mesurer, vu la tendance qu'a généralement le patient de répondre favorablement. Par ailleurs, il est difficile d'élaborer des outils permettant de distinguer les changements réels au niveau de la satisfaction des patients⁵³. »

Le point de vue de Judith Leprohon à propos des indicateurs de la qualité pose le débat sur cette question dans une perspective fondamentale :

« Dans quelle mesure la satisfaction du client permet-elle d'évaluer la qualité des soins? La satisfaction est un indicateur de qualité qui représente le point de vue du client. Elle reflète souvent ses attentes, qu'elles soient réalistes ou non. Un client qui appelle à Info-Santé, par exemple, et qui s'attend à ce que l'infirmière pose un diagnostic médical risque de ne pas être satisfait de la réponse obtenue. Ou encore, une cliente diabétique peut ne pas être satisfaite de la nourriture qu'on lui présente dans son plateau.

La satisfaction renseigne sur la dimension interpersonnelle des soins, et l'infirmière est la professionnelle qui bénéficie de la plus haute cote de confiance de la part de la population [...]. Par conséquent, il n'est pas surprenant de constater que la satisfaction des clients envers les soins infirmiers est généralement élevée.

De plus, même si les soins ne répondent pas complètement à leurs attentes, les clients tendent à ignorer ce fait lorsqu'ils sont en situation de vulnérabilité [...]. C'est pourquoi il n'est pas suffisant de mesurer uniquement la satisfaction, même si on reconnaît son caractère indispensable.

Certains résultats, bien qu'ils reposent sur de l'information obtenue des clients, vont au-delà de la satisfaction comme telle. C'est le cas lorsqu'on vérifie auprès des clients, lors d'un suivi téléphonique, leur fidélité à la médication ou leur capacité à effectuer les autosoins enseignés par l'infirmière. Les résultats portent alors sur des faits concrets, mais la source d'information n'est pas totalement objective. Un client n'admettra pas nécessairement, par exemple, qu'il ne prend pas ses médicaments tel qu'il le devrait. L'acquisition de connaissances ou d'habiletés d'autosoins, lorsqu'elle est observée, est un résultat plus valide et plus fiable que la seule satisfaction, qui reflète une perception⁵⁴. »

Comme le souligne l'ANAES, la « mesure du niveau de qualité est une préoccupation constante au cours de toute une démarche d'amélioration. Il est important de se fonder sur des faits et non sur des opinions. Le recours à des données factuelles est un moyen privilégié d'avérer la démarche dans la réalité⁵⁵. »

En 2001, une vaste enquête menée par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) faisait état d'une dégradation des soins dans les établissements de santé : augmentation du nombre de plaies de lit, de chutes, d'infections et d'erreurs de médication, etc.⁵⁶ » L'amélioration de la qualité des soins et des services ayant une incidence directe sur la santé des usager-ère-s, la FIIQ recommande que les mots « amélioration de la qualité des services » ne fassent l'objet d'aucun retrait dans la Loi sur la santé et les services sociaux : les deux critères d'amélioration, c'est-à-dire amélioration de la qualité des services et amélioration de la satisfaction de la clientèle doivent notamment demeurer dans le processus prévu pour l'examen des plaintes par le commissaire local aux plaintes.

◆ **LE MÉCANISME DE GESTION DES PLAINTES : UN RENFORCEMENT PROMETTEUR**

■ **Le comité des usagers**

Le projet de loi n° 83 vient de façon particulière renforcer à certains égards le régime d'examen des plaintes. Il apporte certaines modifications visant l'amélioration de la qualité des services, le régime de traitement des plaintes ainsi que la protection et le respect des droits des usager-ère-s.

En vertu de ce projet de loi, il y a mise en place obligatoire d'un comité des usager-ère-s dans tous les établissements. Dans les cas où un établissement exploite plusieurs centres ou offre des services à des usager-ère-s de différentes catégories, « il doit

mettre sur pied autant de comités des usagers que nécessaire pour assurer une représentativité adéquate de ses usagers au sein de ces comités (art. 209). »

Le projet de loi prévoit que le commissaire local et le commissaire régional aux plaintes relèveront directement, selon le cas, soit du conseil d'administration de l'établissement ou de l'agence plutôt que de la direction et ils n'exerceront pas d'autres fonctions administratives. De plus, dorénavant, toute plainte verbale devra être examinée.

Le projet de loi propose également de mettre en place, dans tous les établissements et dans toutes les agences de la santé et des services sociaux, des comités de vigilance responsables d'assurer auprès du conseil d'administration le suivi des recommandations du commissaire régional aux plaintes ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées. Enfin, il est proposé que le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux relève dorénavant du Protecteur du citoyen.

La FIIQ se réjouit de l'ajout de l'ensemble de ces mesures susceptibles d'améliorer le traitement des plaintes et leur suivi.

■ **Le comité des résidents**

Le projet de loi propose la création obligatoire d'un comité des résidents lorsque l'établissement exploite un centre offrant des services à des usagers hébergés, et ce, dans chacune des installations du centre. Ne serait-ce qu'en raison des événements scandaleux et déchirants qui se sont passés à Saint-Charles-Borromée et mis au jour fin 2003–début 2004, la création de comités de résidents s'imposait :

« Dans le tumulte suscité par les témoignages de patients (et de leurs familles) maltraités au CHSLD Saint-Charles-Borromée, de nombreuses voix se sont élevées pour demander tour à tour du respect, de la compassion, de l'humanité à l'égard de gens lourdement handicapés.

[...]

Au centre de cet édifice, les patients devenus tour à tour des malades, des bénéficiaires, des usagers et maintenant des clients, cherchent aussi à obtenir les meilleurs soins en faisant valoir leurs droits. Un meilleur système de traitement des plaintes des patients serait en effet bienvenu (en particulier si on admet avec le regroupement de défense des patients qu'il doit être composé de personnes externes aux établissements) pour établir dans les faits cette charte des droits des patients dont tout le monde occidental s'est doté, mais qui tarde à devenir une réalité pour ces derniers⁵⁷. »

Les personnes en hébergement sont de plus en plus vulnérables notamment en raison de leur âge et de leur état de santé. En effet, chiffres à l'appui, on constate que les personnes hébergées sont de plus en plus âgées et en plus grande perte d'autonomie⁵⁸. L'alourdissement d'une telle clientèle exigerait davantage de ressources humaines, matérielles et financières pour que les maisons d'hébergement soient des milieux de vie encadrés par une véritable « approche milieu de vie⁵⁹⁻⁶⁰ ». Ce que l'on constate, c'est que certains centres de soins de longue durée sont devenus des « milieux de vie » parfois au détriment de la notion de « milieux de soins », et ce, souvent, faute de moyens.

« Depuis une décennie, les centres de soins de longue durée sont devenus des " milieux de vie en opposition avec la notion de " milieux de soins ". Afin de démedicaliser ou encore de réduire à juste titre les contraintes liées au fonctionnement d'un milieu hospitalier (par exemple, les horaires rigides, l'asepsie, etc.), des directeurs généraux d'établissements d'hébergement se sont faits les défenseurs de l'approche dite de milieu de vie.

[...]

Malheureusement, cette approche s'est développée sans une intégration fonctionnelle des professionnels de la santé et, plus précisément, des infirmières. Ainsi, la première mesure prise a consisté à abolir le poste de directrice de soins infirmiers. Tout au plus une infirmière soignante se fait-elle désigner " *responsable des soins infirmiers* ", mais sans autorité ni responsabilité.

Ensuite, les postes d'infirmières et d'infirmières auxiliaires sont réduits de façon draconienne. Des infirmières à temps partiel ou provenant d'agences privées, qui connaissent donc peu les patients, viennent de façon ponctuelle donner certains soins réservés à leur profession, dénaturant ainsi la contribution possible que les infirmières peuvent apporter à l'évaluation de la condition physique et mentale des personnes symptomatiques. De plus, on leur retire toute autorité sur les préposés aux bénéficiaires qui relèvent directement d'un cadre responsable d'unités " de soins " qui, très souvent, n'est plus infirmier. On a même vu un établissement où l'infirmière en devoir n'était pas autorisée à communiquer avec un médecin sans l'autorisation d'un cadre!

[...] la gestion d'établissements dite de milieu de vie a trop fréquemment servi à déprofessionnaliser les soins requis et à priver les patients et les préposés aux soins de l'expertise d'une infirmière.

[...] à prétendre vouloir transformer les CHSLD en centres de loisirs, voire en colonies de vacances avec des préposés transformés en GO (gentils organisateurs), on enlève à des êtres humains le droit d'être soignés. Quand on pense qu'en anglais, ces établissements s'appellent *nursing homes*⁶¹! »

Bernard Fournelle avançait de façon fort juste que « ce n'est pas un lit que le CHSLD comble, c'est une personne qu'il accueille⁶². »

L'obligation pour un établissement qui exploite un centre offrant des services à des usager-ère-s hébergé-e-s de mettre sur pied un comité de résidents, telle que proposée dans le projet de loi n° 83 s'avère certes un pas dans la bonne direction, mais l'ajout d'autres mesures, tel une charte des droits des résidents ou un code de déontologie démontrerait de façon formelle une volonté de protéger les personnes les plus vulnérables et supporterait les actions et interventions du comité des résidents.

Selon le Conseil des aînés, « chaque établissement, tant public que privé, doit élaborer et suivre un code d'éthique qui priorise les besoins et les attentes des résidents, tout en tenant compte des orientations de l'établissement et du personnel⁶³. »

Les orientations ministérielles du ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Philippe Couillard, relatives à l'instauration d'un « milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD » (2003) sont venues renforcer les propos du Conseil des aînés :

« Ainsi, chaque établissement est tenu d'élaborer et d'adopter une charte des droits des résidents ou un code de déontologie qui doit viser le respect des individus qui y interagissent et l'atteinte d'une qualité maximale de vie.

Par conséquent, toutes les personnes impliquées dans l'établissement (résidents, familles, intervenants, gestionnaires, bénévoles...) doivent être mises à contribution dans l'élaboration et l'adoption de la charte ou du code. Le résident doit être le centre des actions qui en découleront. Bien que divers éléments extérieurs au bien-être des résidents puissent être considérés, la qualité de vie du résident doit toujours primer.

Par la suite, toute décision clinique administrative et organisationnelle devra respecter l'ensemble des éléments composant la charte des droits ou le code de déontologie⁶⁴. »

Afin d'assurer davantage la défense, la protection et le respect des droits des usager-ère-s hébergé-e-s, la FIIQ croit qu'il est non seulement souhaitable mais crucial de prévoir dans le projet de loi n° 83 l'obligation, pour tout établissement qui exploite un centre offrant des services à des usager-ère-s hébergé-e-s d'élaborer et d'adopter et une charte des droits des résiden-e-ts et un code de déontologie. La loi actuelle prévoit déjà l'obligation pour tout établissement de « se doter d'un code d'éthique qui indique les droits des usagers et les pratiques et conduites attendues des employés, des

stagiaires, y compris des résidents en médecine et des personnes qui exercent leur profession dans un centre exploité par l'établissement à l'endroit des usagers. » De plus, « l'établissement doit remettre un exemplaire de ce code d'éthique à tout usager qu'il héberge ou qui lui en fait la demande » (article 238).

Le « cas » de St-Charles-Borromée est une démonstration par la négative que cette disposition portant sur un code d'éthique, lequel est essentiel, n'atteint pas ses objectifs. En plus d'un code d'éthique, l'adoption d'une charte des droits des résident-e-s et d'un code de déontologie applicables à l'ensemble des personnes travaillant pour ou auprès des usager-ère-s hébergé-e-s serait une garantie supplémentaire pour assurer le respect de ces droits. Les principes directeurs suivants, énoncés dans les orientations ministérielles portant sur le milieu de vie pour les personnes hébergées en CHSLD pourraient servir de base aux énoncés à inscrire dans cette charte ou dans le code de déontologie :

- « Les caractéristiques, les besoins et les attentes des résidents constituent le fondement de toute décision en matière d'organisation, d'intervention et d'aménagement.
- L'établissement doit favoriser le maintien et le renforcement des capacités des personnes hébergées ainsi que leur développement personnel, tout en tenant compte de leur volonté personnelle.
- La qualité des pratiques passe avant tout par la préoccupation constante de la qualité de vie.
- L'établissement doit favoriser et soutenir le maintien de l'interaction de la personne avec sa famille et ses proches et favoriser leur implication dans la prise de décision.
- La personne hébergée a droit à un milieu de vie de qualité où on lui prodigue des soins et services de qualité.
- Toute personne hébergée a droit à un milieu de vie qui respecte son identité, sa dignité et son intimité, qui assure sa sécurité et son confort, qui lui permette de donner un sens à sa vie et d'exercer sa capacité d'autodétermination.
- L'établissement doit prévoir des mécanismes d'adaptation des pratiques professionnelles, administratives et organisationnelles qui favorisent l'ensemble des principes directeurs⁶⁵. »

◆ LES RÉSIDENCES PRIVÉES POUR PERSONNES ÂGÉES

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Philippe Couillard, indiquait qu'il existait « au Québec quelque 2500 résidences pour personnes âgées, qui accueillent deux fois plus de personnes que les centres d'hébergement et de soins de

longue durée publics ou privés⁶⁶ ». Même si la loi actuelle prévoit que les agences doivent tenir un registre de ces résidences, ce mécanisme s'avérait insuffisant pour protéger adéquatement les personnes âgées vivant dans ces résidences privées.

Les principales mesures présentées dans le projet de loi relativement aux résidences privées pour personnes âgées sont :

- la mise en place d'un processus de certification de conformité à des critères sociosanitaires pour l'exploitant d'une résidence privée qui en fait la demande;
- l'ajout d'un pouvoir d'inspection à l'agence pour vérifier si l'exploitant se conforme aux conditions prescrites dans le certificat de conformité et le pouvoir de l'agence de renouveler, suspendre ou révoquer le certificat;
- l'élargissement des pouvoirs d'intervention du Protecteur des usagers à toute résidence titulaire d'un certificat de conformité (le projet de loi prévoit que les fonctions du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux seront dorénavant exercées par le Protecteur du citoyen);
- l'obligation des établissements du réseau de ne référer des usagers que dans les résidences détenant un certificat de conformité.

Afin d'éviter tout abus, toute négligence ou toute violence à l'égard des personnes âgées vivant dans des résidences privées " clandestines ", tout exploitant d'une résidence privée devrait avoir l'obligation de détenir un certificat de conformité. Comme le signalait le Conseil des aînés il y a quelques années (2000) :

« Cette ressource est totalement privée et ne possède aucun permis du ministère de la Santé et des Services sociaux ni accréditation régionale de la RRSSS. Elle est soumise aux règlements municipaux touchant les ressources de chambres et pension, au Code du bâtiment pour les résidences d'une certaine taille et aux normes de salubrité. Les représentants du réseau de la santé et des services sociaux n'interviennent généralement qu'en cas de plaintes formelles. Ces installations peuvent accueillir de quelques résidents jusqu'à quelques centaines. [...] »

Tel que mentionné par Vaillancourt (1989) : « Officiellement, elles s'adressent à des personnes âgées autonomes; dans les faits cependant, elles hébergent aussi des personnes en perte d'autonomie. » Certaines d'entre elles sont spécialisées (personnes âgées démentes, autonomes ou semi-autonomes). Cependant, quel que soit le mandat que se sont donné ces ressources, elles sont considérées comme illégales si elles admettent des personnes en perte d'autonomie.

Cependant, la notion et le degré de perte d'autonomie n'ont jamais été clairement définis, ce qui rend la situation pour le moins délicate, d'autant plus qu'aucune modalité de contrôle n'a été établie au MSSS⁶⁷ ».

Ne pas exiger de toute résidence privée pour personnes âgées d'être détentrice d'un certificat de conformité équivaldrait à une banalisation des droits des personnes âgées les plus vulnérables trop souvent victimes d'abus non dénoncés.

● PARTIE 6 - LA TÉLÉSANTÉ

Les articles 108.1 – 108.2 et 108.3 dans le projet de loi n° 83 viennent confirmer formellement l'intégration de la télésanté dans l'ensemble des services de santé et des services sociaux. La télésanté est devenue lentement mais sûrement une réalité incontournable au Québec. La raison d'être essentielle de la télésanté est d'assurer l'accessibilité à des soins de santé à distance, l'accès égal pour toutes et tous à des soins de santé. Ce projet de loi propose donc un cadre juridique susceptible de favoriser le développement actuel et futur de la télésanté.

La pratique de la télésanté va de plus en plus modifier de façon substantielle la pratique professionnelle de la majorité des intervenant-e-s en santé. En ce qui concerne les infirmières par exemple, celles-ci interviennent de plus en plus en télésanté par la télépratique : en effet, avec l'introduction des technologies de l'information et des communications, on parle de plus en plus de télénursing, de téléprésence grâce à la robotique, de téléassistance, de télésurveillance et de télésoins.

La télésanté offre d'énormes possibilités, mais elle comporte des enjeux légaux, éthiques, économiques, organisationnels et humains, lesquels commandent un encadrement sans faille et des balises rigoureuses.

La télésanté obligeant souvent à recueillir des renseignements ou des données probantes qui serviront ultérieurement, l'obligation pour tout établissement et tout professionnel-le de la santé ou des services sociaux qui participent à la prestation de services de télésanté de tenir, chacun-e respectivement, un dossier pour chaque usager-ère ou personne à qui sont rendus de tels services, tel que stipulé à l'article 108.2 du projet de loi n° 83 participe à l'encadrement de la télésanté; toutefois, cette mesure est insuffisante, car elle ne peut à elle seule protéger les prestataires de soins et

les usager-ère-s. En matière de télésanté, afin de guider et soutenir la pratique des professionnel-le-s en soins et aider à réduire le risque d'engager leur responsabilité personnelle et professionnelle, la conception de guides cliniques, de protocoles normalisés, de politiques et de procédures appropriées constitue certes un mécanisme nécessaire pour baliser la télépratique.

De plus, la télésanté est dépendante d'un ensemble de facteurs : l'accessibilité rapide à l'information, la qualité de l'information véhiculée, la performance du dossier clinique informatisé, l'ergonomie de l'appareil servant aux télésoins, la convivialité du système d'information : les professionnel-le-s de la santé ne peuvent voir engager leur responsabilité personnelle et professionnelle qui serait imputable notamment à une lacune de l'un ou l'autre de ces facteurs. Ces données peuvent être à l'origine des infractions prévues à l'article 535.1 de l'avant-projet de loi, d'où la nécessité de s'assurer que les systèmes utilisés atteignent les standards requis pour, d'une part, assurer des soins de qualité en télésanté et, d'autre part, protéger les professionnel-le-s de la santé.

D'autres éléments à considérer en télésanté – et non les moindres – ont trait à la formation informatique et au soutien offerts aux utilisateur-trice-s dans l'utilisation des ressources informationnelles et technologiques : ces éléments sont les parents pauvres dans la plupart des processus d'informatisation. Une fois le matériel informatique installé, les gestionnaires tiennent très souvent pour acquis que les intervenant-e-s concerné-e-s modifieront leur manière de faire. Ces intervenant-e-s ont besoin d'une formation appropriée et d'un soutien disponible en tout temps pour les aider au besoin, lors de l'utilisation des ressources informationnelles et technologiques.

En dernier lieu, il importe de rappeler que la condition *sine qua non* pour assurer le bon fonctionnement de la télésanté demeure que le ministre de la Santé et des Services sociaux alloue des ressources matérielles, financières, humaines, informationnelles et technologiques suffisantes et appropriées.

CONCLUSION

Le projet de loi n° 83 a été présenté en décembre 2004, par le ministre de la Santé et des Services sociaux comme un exercice visant « l'harmonisation » entre la Loi sur les services de santé et les services sociaux et la loi 25.

La Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ) accueille favorablement certaines modifications proposées dans ce projet de loi, particulièrement celles relatives au mécanisme de gestion des plaintes des usagers et celles concernant le plan d'action triennal pour la planification de la main-d'œuvre et le développement du personnel. Toutefois, d'autres modifications qui y sont prévues sont nettement incomplètes ou insuffisantes telles celles portant sur le certificat de conformité « facultatif » dans le cas des résidences privées pour personnes âgées.

Cependant, à l'analyse de ce projet de loi, il devient évident que la loi 25 a servi de prétexte au gouvernement Charest pour introduire d'autres changements majeurs dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux par le biais du projet de loi n° 83.

Dans son mémoire portant notamment sur le projet de loi n° 25 présenté en commission parlementaire en décembre 2003, la FIIQ y dénonçait le fait que la création des réseaux intégrés tels que formulés dans ledit projet de loi ne constituait qu'un écran de fumée, qu'un maquillage politique visant à occulter le but véritable de cette réforme brutale et autoritaire qui consistait, en réalité, à offrir des opportunités aux investisseurs dans le secteur de la santé et des services sociaux. La Fédération y dénonçait aussi la volonté du gouvernement de soumettre le réseau de la santé et des services sociaux aux accords de commerce sur les marchés publics.

L'ensemble des dispositions relatives à l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux vient confirmer les appréhensions de la Fédération et renforcer ses inquiétudes. Le caractère flou, vague, nébuleux que revêtent plusieurs des articles de ce projet de loi n'est certes pas le fruit du hasard. En procédant ainsi, le gouvernement Charest s'assure une plus grande marge de manœuvre. Un véritable cheval de Troie.

En plus de son manque de transparence évident, indécent et méprisant à l'égard de la population québécoise et des intervenant-e-s du réseau sociosanitaire, ce projet de loi cumule plusieurs reculs importants susceptibles de porter directement et gravement atteinte aux droits et au bien-être de la population : recul en matière de protection des

renseignements personnels, recul en regard d'une vision sociale de la santé par l'abandon de la Politique de la santé et du bien-être, recul démocratique par la disparition du Forum de la population, recul au plan de la philosophie du réseau par l'impulsion et la promotion d'un « virage clientéliste ».

Lorsque le Parti libéral, à l'occasion de sa dernière campagne électorale utilisait « *ad nauseam* » son slogan « Nous sommes prêts », il bernait la population québécoise car il s'est bien gardé de dire qu'il était prêt, oui, prêt à tout chambarder, prêt à sabrer dans des acquis sociaux auxquels cette population ne voulait aucunement renoncer. À ce triste chapitre, le gouvernement libéral « Brille parmi les meilleurs » : cela ne fait aucun doute. Ce n'est certes pas avec de tels reculs que ce gouvernement va rétablir la confiance de la population à l'égard du réseau de la santé et des services sociaux et mettre fin au climat de morosité qui y règne.

NOTES

- ¹ L.Q. 2001, c. 32.
- ² TRUDEL, Pierre. *Améliorer la protection de la vie privée dans l'administration électronique : pistes afin d'ajuster le droit aux réalités de l'État en réseau*, réalisé pour le Ministère des Relations avec les citoyens et de l'immigration Montréal, mars 2003, p. 44, [En ligne] : http://www.crdp.umontreal.ca/fr/chercheurs/trudel_pierre/index.html (page consultée le 22 janvier 2005).
- ³ SANTÉ CANADA, Bureau de la santé et l'inforoute (BSI), *Vers les dossiers de santé électroniques*, [En ligne] : : http://www.hc-sc.gc.ca/ohih-bsi/about_a propos/hcpubssc_f.html (page consultée le 22 janvier 2005), p. 28-29.
- ⁴ BENYEKHFLEF, Karim «Libre-échange, information, souveraineté, libéralisme et leurs incohérences», dans C. DEBLOCK, C. EMERI, J.C. GAUTRON et A. MACLEOD (dir.), *Du libre-échange à l'union politique*, Paris, L'Harmattan, 1996, pp. 423-426, [En ligne] : http://www.crdp.umontreal.ca/fr/chercheurs/benyekhlef_karim/index.html (page consultée le 22 janvier 2005).
- ⁵ WINDSOR, «Continued Erosion of Canadian Privacy : More Financial Information susceptible to U.S. Patriot Act», *News Release*, Brian Masse, MP Windson West, September 30th 2004.
- ⁶ Ottawa, «Government's Inability to Protect Canadian's Information From U.S. Patriot Act Costly : Masse», *News Release*, Brian Masse, MP Windsor West, October 28th 2004.
- ⁷ BENYEKHFLEF, Karim. «Les normes internationales de protection des données personnelles et l'autoroute de l'information», dans *Les Journées Maximilien-Caron, Le respect de la vie privée dans l'entreprise*, Montréal, Éd. Thémis, 1996, p. 70, source Internet : http://www.crdp.umontreal.ca/fr/chercheurs/benyekhlef_karim/index.html (page consultée le 22 janvier 2005).
- ⁸ *Id.*, p. 76.
- ⁹ COMMISSION D'ACCÈS À L'INFORMATION, *Avis de pertinence sur la solution intérimaire de l'infrastructure à clés publiques gouvernementale du secrétariat du Conseil du trésor*, CAI, août 2001, 29 p., source Internet : (page consultée le 23 janvier 2005).
- ¹⁰ COMMISSION D'ACCÈS À L'INFORMATION, *Avis de la Commission d'accès à l'information concernant la « Note d'information complémentaire au Conseil des ministres concernant le dossier Carte d'Accès Santé à microprocesseur » et le mémoire au Conseil des ministres portant sur les « Mesures structurantes pour améliorer le fonctionnement et accroître l'efficacité du Régime général d'assurance médicaments »*, 16 janvier 2001, 23 p., [En ligne] : <http://www.cai.gouv.qc.ca/> (page consultée le 23 janvier 2005).
- ¹¹ *Projet de Directive sur la gestion des clés et des certificats au gouvernement du Québec*, (version 4.0, 1^{er} juin 2001), 48 p., cité dans COMMISSION D'ACCÈS À L'INFORMATION, *Avis de pertinence sur la solution intérimaire de l'infrastructure à clés publiques gouvernementale du Secrétariat du Conseil du trésor*, op. cit., p. 21.
- ¹² Le service de répertoire des intervenants comprend l'inscription des certificats et des identifiants dans un répertoire et la confirmation de la validité des certificats répertoriés. Il sert à confirmer la validité d'un certificat ou d'un renseignement au répertoire.
- ¹³ Le service de certification sert à vérifier l'identité des intervenants. Il délivre également les certificats.
- ¹⁴ Il s'agit du lien que le certificat établit entre une personne et sa clé publique.
- ¹⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Faire affaire avec le réseau de la santé et des services sociaux*, [En ligne], <http://206.167.52.1/fr/reseau/affaire.nsf/0/1fb82a1ff19fe739852568ea008131ca?OpenDocument> (page consultée le 1^{er} décembre 2003).

-
- ¹⁶ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Projet de loi n° 83 – Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, Communiqué de Presse, Québec, 10 décembre 2004, [En ligne] : <http://communiqués/GPQF/Décembre2004/10/c4036.h>.
- ¹⁷ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). (a). *Projet clinique Cadre de référence pour les réseaux locaux des services de santé et de services sociaux Résumé*, Québec, la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 2004, p. 5, [En ligne] : <http://www.Msss.gouv.qc.ca>.
La notion de *responsabilité populationnelle* implique que les intervenants qui offrent des services à la population d'un territoire local seront amenés à partager collectivement une responsabilité à son endroit, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux, tout en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population. La notion de *hiérarchisation* implique d'améliorer la complémentarité pour faciliter le cheminement des personnes entre les niveaux de services, suivant des mécanismes de référence entre les dispensateurs. Ces mécanismes touchent non seulement les références entre la première et la deuxième ligne, mais aussi celles entre la deuxième ligne et les services surspécialisés de troisième ligne.
- ¹⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS.) (a), op. cit., p. 5.
- ¹⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS.) (b), *Projet clinique Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Document principal*. Québec, La direction des communications du MSSS, octobre 2004, p. 6., [En ligne] : <http://www.msss.gouv.qc.ca>.
- ²⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). (a), op. cit., 26 p.
- ²¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). (b), op. cit., 75 p.
- ²² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). (c), *L'intégration des services de santé et des services sociaux, le portrait organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, février 2004, 26 p., [En ligne] : <http://www.msss.gouv.ca>.
- ²³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). (d), *Projet clinique Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (d). Documentation*, Québec, La direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 2004, 214 p., [En ligne] : <http://www.msss.gouv.ca>
- ²⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). (b), op. cit., p. 12.
- ²⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). (b), op. cit., p. 8.
- ²⁶ VILLENEUVE, Marcel. « Des modalités fonctionnelles pour concrétiser l'intégration des services, » Laval, Association des hôpitaux du Québec, Conférence au Colloque-Exposition AHQ, sous le thème *La mise en œuvre des réseaux de services intégrés pour une vision partagée des projets cliniques*, 22 octobre 2004, p. 13.
- ²⁷ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). (d), op. cit., p. 18.
- ²⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). (b), op. cit., p. 19.
- ²⁹ Ibidem, p. 18.
- ³⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). (d), op. cit., p. 22.
- ³¹ VILLENEUVE, Marcel, op. cit., p. 9.
- ³² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (b), op. cit., p. 61.
- ³³ LAPIERRE, Andrée. « La gestion des ressources humaines dans le cadre de la réforme actuelle – Sommes-nous devant un volcan qui pourrait faire exploser le système », *Infolettre* vol. 1, no 3, octobre 2004, p. 2.
- ³⁴ CONSEIL DES SERVICES ESSENTIELS. *Ordonnance*, Québec, 25 juin 1998, p. 14.
- ³⁵ GROUPE DE TRAVAIL SUR LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE DE LA MAIN-D'ŒUVRE INFIRMIÈRE. *Rapport ad hoc sur la planification stratégique de la main-d'œuvre infirmière à court terme (la période estivale 1999), à moyen et à long terme*, Montréal, 9 mars 1999, p. 11.

- ³⁶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Rapport du Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière*, Québec, Gouvernement du Québec, 2001, p. 9.
- ³⁷ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Recherche sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières du Québec – Statut d'emploi, disponibilité, cheminement de carrière*, Québec, Gouvernement du Québec, 2003, 121 p.
- ³⁸ RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX LAVAL. « *L'approche milieu de vie en CHSLD* ». Cadre de référence, s.l., Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, 16 décembre 1998, p. 15.
- ³⁹ SKENE, Jennie. *L'action syndicale et la gestion des âges*, Québec, Congrès du Département des relations industrielles de l'Université Laval, Notes pour la présentation, 29 et 30 avril 2002, p. 11.
- ⁴⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (e). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD – Orientations ministérielles*, Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 2003, 24 p.
- ⁴¹ Propos du docteur Pierre Durand rapportés dans Conseil des aînés. *Avis sur l'hébergement en milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie*, Québec, Conseil des aînés, octobre 2000, p. 38.
- ⁴² CONSEIL DES AÎNÉS. *Avis sur l'hébergement en milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie*, Québec, Conseil des aînés, octobre 2000, p. 38-39.
- ⁴³ CONSEIL DES AÎNÉS, op. cit., p. 55.
- ⁴⁴ SABA, Tania et Gilles GUÉRIN. « Planifier la relève dans un contexte de vieillissement de la main-d'œuvre », *Gestion*, vol. 19, no 3, automne 2004, p. 54.
- ⁴⁵ MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Planification de la main-d'œuvre infirmière : bilan des travaux réalisés et mise à jour du plan d'action*, Québec, MSSS, Direction générale du personnel du réseau, 2003.
- ⁴⁶ AUDET, Michel. « La gestion de la relève et le choc des générations », *Gestion*, vol. 19, no 3, automne 2004, p. 25.
- ⁴⁷ ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (OIIQ). *La gouverne des soins infirmiers dans le cadre d'une organisation de services intégrés – Une contribution essentielle à la réussite du projet clinique*, Montréal, OIIQ, 2004, p. 17.
- ⁴⁸ RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX LAVAL, op. cit., p. 16.
- ⁴⁹ ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (OIIQ). Op. cit., p. 7.
- ⁵⁰ Ibid.
- ⁵¹ Ibid.
- ⁵² Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions dans le domaine de la santé [Loi 90], L.Q. 2002, c. 33.
- ⁵³ DORMAN MAREK, Karen et Norma M. LANG. « Résultats des soins infirmiers », *Communications présentées à la conférence sur un ensemble de données infirmières de base*, Edmonton, Association des infirmières et infirmiers du Canada, 1992, p. 129.
- ⁵⁴ LEPROHON, Judith. « Vers une culture d'amélioration continue », *L'infirmière du Québec*, vol. 7, no 5, mai/juin 2000; p. 29.
- ⁵⁵ AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ (ANAES). *Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé – Principes généraux*, Paris, ANAES, 2002, p. 19.
- ⁵⁶ ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (OIIQ). *Étude sur la qualité des soins infirmiers dans les établissements de santé du Québec*, Montréal, OIIQ, 2001.
- ⁵⁷ COHEN, Yolande. « Qui doit prendre soin des patients? », *Le Devoir*, 6 janvier 2004, p. A4.
- ⁵⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). (e), op. cit., p. 6-7.
- ⁵⁹ RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX LAVAL, op. cit., p. 13.
- ⁶⁰ Ibid., p. 4.
- ⁶¹ DESROSIERS, Gyslaine. « Qui est responsable du manque de soins », *Le Devoir*, 9 janvier 2004, p. A9.

-
- ⁶² FOURNELLE, Bernard (2000), cité dans : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (e), op. cit., p. 9.
- ⁶³ CONSEIL DES AÎNÉS, op. cit., p. 69.
- ⁶⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). (e), op. cit., p. 19.
- ⁶⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ et des services sociaux (MSSS). (e), op. cit., p. 3, 4 et 5.
- ⁶⁶ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Mise à jour du cadre législatif en santé et services sociaux – Des mesures pour mieux garantir la qualité des services*. Communiqué de presse, Québec, le 10 décembre 2004, [En ligne] :
<http://communiqués.gouv.qc.ca/gouv.qc/communiqués/GPQF/Decembre2004/10/c3991.html>.
- ⁶⁷ CONSEIL DES AÎNÉS, op. cit., p. 7, 8.



FIQ • MONTRÉAL

2050, rue de Bleury
4^e étage
Montréal (Québec)
H3A 2J5

(514) 987-1141
(800) 363-6541
Télec.: (514) 987-7273

FIQ • QUÉBEC

1260, boul. Lebourgneuf
Bureau 300
Québec (Québec)
G2K 2G2

(418) 626-2226
(800) 463-6770
Télec.: (418) 626-2111

Site internet : www.fiq.qc.ca

Courriel : info@fiq.qc.ca



**LA VRAIE FORCE DES
PROFESSIONNELLES EN SOINS**

