

MÉMOIRE
DÉPOSÉ À L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL

Le 31 mars 2010

Consultation
Planification stratégique
2010-2015

FÉDÉRATION
INTERPROFESSIONNELLE
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC



RESPONSABILITÉ POLITIQUE

Michèle Boisclair, 1^{re} vice-présidente
Responsable politique du secteur Sociopolitique

COORDINATION

Sylvie Charbonneau
Coordonnatrice, secteur Sociopolitique

RÉDACTION

Brigitte Doyon, conseillère syndicale, secteur Sociopolitique
Julie Martin, conseillère syndicale, secteur Tâche et Organisation du travail

SECRÉTARIAT

Luce Dessureault
Secrétaire, secteurs et services

Table des matières

AVANT-PROPOS	1
INTRODUCTION	2
UNE CONJONCTURE QUI SOULÈVE DE NOMBREUX DÉFIS.....	3
UNE VISION RENOUVELÉE DU MODÈLE MONTRÉALAIS	5
LES CINQ GRANDES PRIORITÉS PROPOSÉES EN CONSULTATION.....	6
Priorité 1 - Une première ligne forte centrée sur la personne et ayant un accès rapide à des services diagnostiques et de prise en charge	6
• Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne au niveau des services médicaux et infirmiers	6
• Favoriser le soutien à domicile des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.....	11
• Accès aux services dans les délais établis	17
Priorité 2 - Une meilleure gestion des maladies chroniques	22
Priorité 3 - Intervenir précocement auprès des tout-petits, des jeunes et de leur famille	24
Priorité 4 - Compléter la mise en œuvre des grandes réorganisations de services.	25
• L'accès aux services de santé mentale	25
Priorité 5 - Collaborer avec nos partenaires à la réduction des inégalités de santé et de bien-être	30
AU-DELÀ DES PRIORITÉS : DES PRÉOCCUPATIONS TRANSVERSALES	31
• L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines	31
• Heures supplémentaires	37
• Main d'œuvre indépendante	40
• L'intégration et la circulation de l'information clinique	42
• Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services	44
CONCLUSION.....	48

Avant-propos

La Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec – FIQ représente 58 000 professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires, soit la majorité des infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes, perfusionnistes, puéricultrices et gardes-bébés. Celles-ci sont regroupées dans 61 syndicats et sont à l'œuvre dans 158 établissements de santé du Québec. 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.

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 FIQ, 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.

Forte de cette mission, la FIQ a toujours participé activement aux diverses consultations qui ont marqué la réforme du système de santé et de services sociaux et la planification stratégique des instances que l'on y retrouve. 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. C'est dans cet esprit que la Fédération profite de l'occasion qui lui est offerte de participer à la consultation amorcée par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, au sujet de la planification stratégique 2010-2015 qu'elle propose. Elle entend lui accorder une attention toute particulière, en raison des problèmes et des difficultés que rencontrent les professionnelles en soins dans la région montréalaise. Cette consultation est pour la FIQ l'occasion de se faire le porte-parole des préoccupations et revendications de ses membres, et de participer à l'amélioration du réseau de la santé et des services sociaux de Montréal.

Introduction

2

L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal soumet à la consultation les priorités et les objectifs qu'elle retient pour guider son action au cours des années 2010-2015. Cette planification stratégique quinquennale se veut l'identification des travaux à poursuivre en vue de consolider la transformation des services, au regard de l'état des lieux ressortant du bilan 2006-2010 et des enjeux particuliers à la conjoncture montréalaise. Cette démarche vise aussi à établir la concordance entre les objectifs montréalais et les orientations mises de l'avant par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Cette consultation vise à donner l'occasion aux différents acteurs que le sujet interpelle de commenter la pertinence et la faisabilité des priorités régionales proposées, notamment sur le plan de la main-d'œuvre et des ressources matérielles, informationnelles et financières. Ceux-ci sont invités à commenter et à bonifier les propositions de l'Agence de même qu'à suggérer les moyens à mettre en place pour atteindre les priorités retenues.

Les commentaires de la FIQ se déclineront sous deux axes. Le premier sera celui, plus spécifique, de l'examen que nous faisons de chacune des cinq priorités proposées. Le second sera celui, plus transversal, des grandes préoccupations qui nous animent et qui peuvent s'appliquer à l'une ou l'autre, voire à l'ensemble des priorités. Ces derniers porteront principalement sur les enjeux relatifs à l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre, la circulation de l'information, la qualité et la sécurité des soins et des services, ainsi que la gestion performante.

UNE CONJONCTURE QUI SOULÈVE DE NOMBREUX DÉFIS

D'entrée de jeu, la FIQ et ses syndicats affiliés tiennent à mettre en évidence les nombreux défis qui se posent et se poseront au cours des cinq prochaines années dans le secteur de la santé et des services sociaux de Montréal. Comme le soulignait l'Agence dans son document de consultation, les particularités de cette région la distinguent singulièrement des autres et celles-ci doivent faire office de prémisses que l'on ne peut occulter. Ces caractéristiques sont aussi nombreuses que variées, et la Fédération tient à relever celles qui doivent, selon elle, se voir accorder une attention spéciale.

Le vieillissement de la population montréalaise, son caractère multiculturel et plurilinguistique, la grande diversité des caractéristiques individuelles obligent à considérer la variabilité des besoins et des attentes des individus. Le tout conjugué à des écarts de revenus importants et à la concentration de groupes vulnérables ou exclus, il apparaît que l'action en amont sur les déterminants de la santé et du bien-être est un enjeu crucial. Il est capital de prendre en compte et d'agir directement sur les facteurs de risques qu'une telle conjoncture sous-tend si l'on veut améliorer à moyen et long terme l'état de santé global de la population.

De plus, l'état du système de santé montréalais, ses particularités, sa complexité et l'ampleur des services qu'il doit fournir sont porteurs de défis majeurs. Les enjeux autour de la disponibilité d'une main-d'œuvre suffisante en nombre et en qualité sont probablement parmi les plus importants à relever. De nombreux commentaires émis dans le présent mémoire iront d'ailleurs en ce sens.

Les dispensateurs de soins et de services de santé, et à plus forte raison les professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires, doivent composer avec un tel portrait et ajuster leur prestation en fonction des réalités et contraintes qu'elles rencontrent. En tant qu'actrices de premier ordre auprès de la population, cette variabilité exige de leur part une grande souplesse et une capacité d'adaptation importante. Pour la FIQ et ses syndicats affiliés, il est fondamental que les décideurs et les gestionnaires gardent à l'esprit les besoins d'accompagnement et de considération de la réalité des professionnelles en soins; il s'agit là d'une condition *sine qua non* à la maximisation de leur potentiel de contribution.

Enfin, la FIQ tient à souligner la place importante que prennent les partenariats intersectoriels dans les divers réseaux locaux de services de santé et de services sociaux que l'on retrouve sur son territoire. Si de tels partenariats sont incontournables en raison de l'intégration verticale et horizontale qu'appelle la réorganisation amorcée depuis quelques années, ils ne peuvent être perçus comme étant la panacée aux problèmes qui affectent le secteur public de santé. Nous aurons l'occasion d'y revenir.

UNE VISION RENOUVELÉE DU MODÈLE MONTRÉALAIS

Évidemment, et à l'instar de l'Agence, la Fédération se préoccupe fortement de la qualité des soins et des services offerts à la population, de leur accessibilité, de leur pérennité. À cet égard, elle adhère aux éléments qui constituent la vision renouvelée du modèle montréalais. Il est clair que des changements doivent être apportés au fonctionnement actuel. Pour la FIQ toutefois, il est fondamental que l'Agence pose les gestes concrets qui lui permettront d'aller dans le sens de la vision qu'elle exprime à la page 25 de son document de consultation :

« Les médecins, les infirmières, et les intervenants cliniques seront les plus sollicités par la mise en œuvre des changements proposés. C'est pourquoi il faut dès maintenant orienter nos actions pour les mobiliser et soutenir leur engagement en nous assurant de bien les outiller et de les préparer adéquatement à gérer les impacts des changements qui s'amorceront dans leur environnement. Des plans de formation, le partage des connaissances de ceux pour qui l'interdisciplinarité est déjà une réalité, de l'accompagnement, du suivi et des stratégies favorisant les initiatives et qui intègrent toutes les dimensions du changement, tant au plan organisationnel, que professionnel et personnel devront être disponibles au bon moment. »
(Document de consultation, p.25)

LES CINQ GRANDES PRIORITÉS PROPOSÉES EN CONSULTATION

Priorité 1 -

Une première ligne forte centrée sur la personne et ayant un accès rapide à des services diagnostiques et de prise en charge

À l'instar de l'Agence de Montréal, la FIQ estime que l'accessibilité des services de 1^{re} ligne constitue un enjeu de taille. De nombreuses personnes qui habitent Montréal et sa périphérie n'ont pas accès à un médecin de famille, notamment chez les groupes les plus vulnérables. La prise en charge et la continuité des soins et des services sont toujours inadéquates, et ce, malgré le développement de nouvelles formules telles que les Groupes de médecine de famille (GMF) et les cliniques de réseau.

Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne au niveau des services médicaux et infirmiers

Afin de développer une première ligne forte centrée sur la personne et ayant un accès rapide à des services diagnostiques et de prise en charge, l'Agence planifie d'implanter une clinique réseau intégrée (CRI) dans chacun des CSSS, afin d'améliorer l'accès à des équipes multidisciplinaires regroupant des omnipraticiens et des professionnels de la santé. Elle veut également s'assurer que chaque CRI soit dotée d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de 1^{re} ligne, qui auraient la responsabilité de prendre en charge la clientèle inscrite. Parmi les autres avenues mises de l'avant, mentionnons le fait de développer des moyens pour soutenir les équipes multidisciplinaires, notamment par l'accès au dossier clinique informatisé (DCI), ainsi que le renforcement de l'autonomisation des individus.

Une clinique de réseau intégrée (CRI) est une clinique médicale ayant un statut de groupe de médecine de famille (GMF) et de clinique de réseau, à laquelle s'ajoutent des professionnels de la santé et des services sociaux (infirmière, psychologue, nutritionniste, pharmacien, travailleur social, etc.). Ce regroupement forme des équipes multidisciplinaires intégrées de 1^{re} ligne¹. Mentionnons qu'à la base, la clinique réseau a pour fonction d'assurer un rôle de coordination et de liaison avec le CSSS.

La FIQ incite tout d'abord l'Agence à se questionner sur la suffisance des ressources nécessaires à l'atteinte de l'objectif de doter chaque CRI d'une IPS en soins de 1^{re} ligne. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec publiait, en juin 2009, un mémoire intitulé *Les infirmières praticiennes spécialisées : un rôle à propulser, une intégration à accélérer, Bilan et perspectives de pérennité*². Ce mémoire fait notamment état du nombre d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) selon le domaine et le lieu de pratique. L'Ordre ne répertoriait aucune IPS en soins de 1^{re} ligne en exercice à cette date sur le territoire de Montréal ainsi qu'une seule candidate admissible à l'examen en automne 2009 pour le même territoire. S'il est vrai que 72 étudiantes obtiendront leur diplôme prochainement dans les différentes universités du Québec (dont 31 sur le territoire de Montréal), il importe de se questionner à savoir si cet effectif sera suffisant pour combler les besoins de l'Agence, qui impliquent l'embauche de douze IPS, soit une pour chacun des CSSS.

¹ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, *Planification stratégique 2010-2015*, Document de consultation, p. 22.

² Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, *Les infirmières praticiennes spécialisées : un rôle à propulser, une intégration à accélérer, Bilan et perspectives de pérennité*, Mémoire adopté par le Conseil d'administration de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec le 23 avril 2009, juin 2009, p. 36.

L'IPS en soins de 1^{re} ligne exerce sa profession de façon autonome avec les médecins et les autres professionnel-le-s de la santé. L'OIIQ précise que les principales responsabilités qui lui sont dévolues sont les suivantes :

- Évaluer l'état de santé de patients de tous âges, leur donner des soins directs et traiter des patients ayant des problèmes de santé courants;
- Assurer le suivi des patients atteints de maladies chroniques stables;
- Contribuer au suivi d'une grossesse jusqu'à 32 semaines;
- Définir les besoins du patient en matière d'autosoins et émettre des recommandations en matière de promotion de la santé et de prévention de la maladie et des accidents³.

Pour combler le manque d'effectif d'IPS, la FIQ croit en la pertinence de miser davantage sur les infirmières dans les CRI. Est-il utile de rappeler que la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (Loi 90) est venue leur attribuer beaucoup d'autonomie qui pourrait être grandement mise à profit dans un contexte de soins de première ligne? Mentionnons tout d'abord le fait que les infirmières ont la capacité de procéder à des évaluations de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique, et ce, en toute autonomie. Cette évaluation, faite en première ligne, lui permet notamment de déterminer l'urgence du problème ainsi que d'établir ou d'ajuster le plan thérapeutique infirmier. L'infirmière est également habilitée à initier des mesures diagnostiques et des traitements, selon une ordonnance. Elle peut également référer les personnes vers les services requis⁴.

³ Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, *Les infirmières praticiennes spécialisées : un rôle à propulser, une intégration à accélérer, Bilan et perspectives de pérennité*, Mémoire adopté par le Conseil d'administration de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec le 23 avril 2009, juin 2009, p. 42.

⁴ Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, avril 2003, pp. 24-25

La Loi 90 a également voulu reconnaître l'importance de la promotion, prévention et information dans la pratique des professionnelles de la santé. En ce sens, l'infirmière peut donner de l'information ainsi qu'effectuer de la promotion et de la prévention de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités en toute autonomie⁵. Il s'agit d'une compétence de l'infirmière qui pourrait grandement être mise à profit dans le cadre de ses fonctions en première ligne, afin de permettre à l'Agence d'atteindre son objectif de renforcer l'autonomisation des individus et des populations.

Nous sommes d'avis qu'il serait important de miser sur l'expérience positive pour les infirmières qui est ressortie lors de la mise en place des GMF. En 2006, la FIQ a effectué une enquête sur la pratique professionnelle ainsi que les conditions de travail des infirmières membres de la FIQ pratiquant au sein des GMF⁶. Cette étude cite notamment le rapport de la Commission Clair (2000) qui mentionne que les infirmières doivent être appelées à jouer un rôle important au niveau du suivi systématique de clientèle dans les hôpitaux, les CLSC, les groupes de médecine de famille ainsi que les réseaux intégrés de soins⁷. Les résultats de l'enquête ont démontré qu'il s'agit d'une pratique infirmière en émergence et que ces dernières se voient confier davantage de responsabilités et qu'elles jouissent d'une plus grande autonomie. Pour la majorité, il s'agit d'une expérience positive et leur pratique s'en retrouve élargie et enrichie. L'enquête révèle également que l'implication des infirmières contribue à l'atteinte des objectifs fixés lors de la création des GMF. Une évaluation effectuée par le ministère de la Santé

⁵ Article 39.4 du *Code des professions*

⁶ Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, *La pratique infirmière en GMF, Une pratique en émergence*, Rapport final, présenté au Conseil fédéral du 28, 29 et 30 novembre 2006

⁷ Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (commission Clair), (2000), *Les solutions émergentes*, Rapport et recommandations, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 96

et des Services sociaux à la suite de l'implantation des GMF abonde sensiblement dans le même sens. Il apparaît que 60 % des infirmières ont un taux de satisfaction professionnelle supérieur à 90 % en ce qui concerne leur pratique au sein d'un GMF⁸.

L'implantation des GMF sur le territoire du Québec est cependant beaucoup plus lente que prévu. Le ministère de la Santé et des Services sociaux prévoyait qu'il y aurait en 2005, 300 GMF et que 75 % de la population serait inscrite auprès d'un médecin membre d'un GMF. À cette date, soit au 31 mars 2005, il y avait uniquement 99 GMF⁹. En février 2010, 196 GMF étaient accrédités sur le territoire québécois¹⁰. Le territoire de l'île de Montréal compte actuellement 24 GMF¹¹. Les chiffres démontrent donc que les objectifs fixés n'ont pas été atteints à ce jour.

À l'heure actuelle, il existe cependant certaines conditions défavorables à la création de GMF. L'équipe d'évaluation des GMF du ministère de la Santé et des Services sociaux faisait ressortir certaines de ces conditions dans un rapport produit en décembre 2008, notamment le faible ratio médecin/infirmière, la pénurie d'infirmières, la méconnaissance du rôle de l'infirmière clinicienne qui entraîne une sous-utilisation de ses compétences, la crainte relative à la délégation d'acte des médecins aux infirmières et le manque de temps au développement d'outils de collaboration (incluant les ordonnances collectives)¹².

⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Équipe d'évaluation des GMF, Direction de l'évaluation, *Évaluation de l'implantation et des effets des premiers groupes de médecine de famille au Québec*, décembre 2008.

⁹ Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, *La pratique infirmière en GMF, Une pratique en émergence*, Rapport final, présenté au Conseil fédéral du 28, 29 et 30 novembre 2006

¹⁰ Information tirée du site du MSSS, sous le thème GMF : <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/gmf/index.php?accueil-fr> (24 mars 2010)

¹¹ Information tirée du site de l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal : <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/gmf/> (24 mars 2010)

¹² Ministère de la Santé et des Services sociaux, Équipe d'évaluation des GMF, Direction de l'évaluation, *Évaluation de l'implantation et des effets des premiers groupes de médecine de famille au Québec*, décembre 2008, pp. 139-142.

La Fédération croit fermement que l'accès aux services de 1^{re} ligne doit être amélioré afin de mieux répondre aux besoins de la population de la région de Montréal. Elle considère que la poursuite de l'implantation de CRI représente un levier intéressant pour aller en ce sens. La FIQ se questionne cependant sur les stratégies qui seront mises de l'avant par l'Agence afin de contourner les difficultés reliées à l'implantation des CRI et qui pourraient s'avérer similaires à celles rencontrées lors de la mise en place des GMF. Il y aurait notamment lieu de tenir compte des besoins en organisation du travail des infirmières et des médecins. La FIQ insiste également pour que l'Agence affecte les budgets nécessaires à la formation et à l'embauche des IPS en soins de 1^{re} ligne, élément non négligeable si l'on tient compte de l'actualité sur cette question.

Favoriser le soutien à domicile des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement

Une autre orientation que se donne l'Agence sous ce thème d'amélioration des services de 1^{re} ligne est de favoriser le soutien à domicile des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Pour ce faire, elle propose de diversifier l'offre de ressources en hébergement, essentiellement en éliminant progressivement les lits des unités de soins de longue durée dans les centres hospitaliers, en les remplaçant par le développement de places en ressources non institutionnelles (RNI), et en rehaussant le niveau d'intensité des soins offerts en CHSLD.

Une telle stratégie inquiète fortement la FIQ, pour diverses raisons. D'un point de vue général, elle s'oppose à la désinstitutionnalisation et au retrait de l'État de la sphère des services d'hébergement, donc à leur privatisation. Soyons clairs : le rationnement des services publics au nom du manque de ressources (matérielles, humaines et financières), en l'occurrence de l'offre de places d'hébergement publiques, ne fait que traduire l'application éhontée de l'idéologie néolibérale par nos décideurs. En réduisant le nombre de places offertes dans le réseau public, ces derniers créent de toutes pièces des besoins qui justifieront ensuite la nécessité de trouver des

solutions alternatives, pavant ainsi la voie au secteur privé. Or, ce dernier est composé d'entrepreneurs qui n'attendent que cette occasion pour s'enrichir, au détriment des intérêts collectifs. Il y a là une stratégie porteuse de dangers réels pour la population et il est primordial de la dénoncer.

L'élimination progressive des lits de longue durée dans les centres hospitaliers que propose l'Agence s'inscrit directement dans cette avenue. La volonté de remplacer ceux-ci par des places en ressources non institutionnelles plutôt qu'institutionnelles est loin d'être la panacée que l'on veut nous faire avaler. Les RNI ne sont pas tenues de détenir un permis pour opérer. Les personnes qui y travaillent n'ont pas accès à la syndicalisation pour se doter de conditions de travail adéquates. Aucune réglementation n'exige de formation particulière pour travailler en RNI. En plus d'être offert par du personnel sous-payé et à bout de souffle, l'éventail des services ne peut être comparé à celui dispensé en CHSLD. Aucun service professionnel n'est requis dans une ressource intermédiaire (RI) ou dans une ressource de type familial (RTF). Les services de soins infirmiers ne sont offerts que ponctuellement, sans parler des services dispensés par les autres professionnels de la santé et des services sociaux qui sont pratiquement inexistantes. Il est aussi difficile de savoir qui est responsable de la qualité des soins.

De plus, fait hautement inquiétant et que l'on ne peut passer sous silence, la qualité des services eux-mêmes est grandement remise en question. Par exemple, en CHSLD, les soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne continuent à être réservés aux professionnels. Cependant, ces soins sont déréglementés, depuis l'adoption de la Loi 90 en 2002, lorsqu'ils sont donnés dans une ressource intermédiaire ou de type familial. Le but de cette déréglementation est de « permettre à des non-professionnel-le-s de dispenser certains soins d'assistance aux activités de la vie quotidienne,

notamment celles liées à l'alimentation et à l'élimination »¹³. Cette déréglementation s'applique aux travailleuses-eurs œuvrant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie et l'exclusion ne vise que les milieux de vie, soit les RI, les RTF ou les programmes de soins à domicile. L'exclusion ne s'applique pas dans les milieux de soins, comme en CHSLD ou dans un établissement public. Comment est-il possible de s'assurer qu'une personne nécessitant 2.5 à 3 heures/soins bénéficiera des services adéquats en RNI? Les risques de dérapage sont nombreux et il faut s'inquiéter devant cette décision comptable faisant fi de la qualité de vie et pouvant parfois mettre en danger la vie même des aîné-e-s.

De tels écueils sont loin d'être simplement théoriques. Ils sont bien réels, et les expériences vécues jusqu'à ce jour soulèvent l'indignation des syndicats affiliés à la FIQ dans la région de Montréal. Ces derniers, par leur place de témoins privilégiés, font état des nombreuses failles qui caractérisent une telle stratégie. Les exemples sont éloquentes : médicaments administrés par du personnel non formé et au jugement clinique inadéquat pour assumer une telle responsabilité, manque de ressources pour procéder à l'évaluation (physique et psychogériatrique) et au suivi des patients admis dans les RNI, manque de considération des besoins cliniques réels des personnes en perte d'autonomie toujours plus lourde, déracinement des personnes en raison de leur transfert dans une ressource qui n'est pas située sur leur territoire d'origine...

Tous ces éléments affectent considérablement la qualité des soins offerts dans ce type de ressources, voire compromettent le respect des individus de même que la sécurité et le maintien de l'état de santé de ces patient-e-s hautement vulnérables. Plus encore, toujours du point de vue des professionnelles qui sont sur le terrain, cette dynamique ne fait qu'aggraver le phénomène de la « porte tournante ». Les patient-e-s qui ne reçoivent pas les soins et les services adéquats voient leur état de santé se détériorer,

¹³ Code des professions, L.R.Q., Chapitre C-26, article 39.7.

ce qui les amène par exemple à devoir consulter les services d'urgence dont ils n'auraient autrement peut-être pas eu besoin. Il ne s'agit pas là d'une utilisation efficiente des ressources, ni d'un moyen d'améliorer les services de soutien à domicile.

Aussi, le rehaussement du seuil de perte d'autonomie pour les CHSLD ne représente pas une solution à laquelle la FIQ donne son aval. Elle est d'avis que cette mesure, sous son vocable aux allures attrayantes aux yeux de la population (« rehaussement » des lits en CHSLD), recèle des dangers qui sont délibérément occultés par l'Agence. Les conséquences pour les professionnelles en soins qui y travaillent sont pourtant bien réelles et extrêmement inquiétantes. En augmentant le seuil de perte d'autonomie à 3, voire 3.5 heures/soins, il est évident que l'alourdissement de la condition des patients-es admis-es en CHSLD accentuera sensiblement le fardeau de tâche des professionnelles. Même si la Fiche no.5 publiée au sujet du *Plan d'action montréalais pour l'amélioration des services aux personnes âgées* spécifie que « le rehaussement du niveau de soins consiste à augmenter le financement accordé à un établissement pour qu'il puisse ajouter du personnel dédié aux soins (infirmières, infirmières auxiliaires et préposés) », il semble que dans les faits cette mesure ne se fait pas sentir. C'est d'ailleurs ce que soulignent les syndicats affiliés à la FIQ : l'alourdissement de la condition des patients est tel que les ressources en soins infirmiers et cardiorespiratoires actuelles sont insuffisantes pour répondre à leurs besoins et à leurs attentes. Les familles sont inquiètes, les patients se vulnérabilisent encore plus, les soins médicaux manquent cruellement, et les professionnelles s'épuisent à compenser ces lacunes.

De plus, les syndicats affiliés à la Fédération mentionnent que la multiplication des types de ressources d'hébergement entraîne de nombreux problèmes au niveau de la transition entre celles-ci, suivant la progression du niveau de perte d'autonomie du patient. La gestion des transferts est inefficace et la planification est à ce point déficiente que la situation est devenue presque inhumaine. Par exemple, si les urgences débordent, le transfert en catastrophe des personnes vers des places en

hébergement se fait de façon cavalière et non conforme à la préoccupation de leur donner les meilleurs soins possible. Plus encore, il s'agit d'un manque flagrant de respect, pour elles et leur famille.

Par ailleurs, dans le contexte de pénurie qui prévaut, où ira-t-on recruter le personnel nécessaire pour rehausser le niveau de soins en CHSLD? Cela nous semble peu réaliste, et les effets se feront directement sentir sur la qualité et la sécurité des soins, la mobilisation et la santé des professionnelles, l'attraction et la rétention dans ces milieux. Sans parler des conséquences que cela aura sur l'accessibilité aux ressources d'hébergement pour les personnes dont le degré de perte d'autonomie, bien qu'important, ne sera pas suffisant en vertu des nouveaux critères d'accès. Alors qu'une personne relativement fortunée pourra s'offrir une place dans un CHSLD privé non conventionné dès qu'elle aura besoin d'une heure/soins, les options sont infiniment plus limitées pour celles dont la situation est plus précaire. Pour la FIQ, la qualité des soins et la dignité ne devraient pas pouvoir s'acheter. Il s'agit d'un droit non négociable.

Les actions proposées par l'Agence ne feront donc qu'aggraver ces problèmes que nous dénonçons déjà et qui sont inacceptables. La FIQ et ses syndicats affiliés réitèrent donc leur ferme opposition à ce que l'Agence de Montréal privatise l'hébergement des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

Nous exigeons plutôt, pour toutes les raisons qui viennent d'être énoncées, que soit maintenu le nombre de places actuellement offertes en CHSLD publics. Toute fermeture de lits, voire de CHSLD, ne saurait être une solution envisageable pour garantir l'accessibilité et la qualité des services offerts à la population montréalaise. De plus, la Fédération réclame le développement du maintien à domicile grâce à un financement public. Cela s'applique au niveau des nouvelles ressources devant être développées afin de répondre aux différents besoins des personnes âgées en perte d'autonomie ne pouvant demeurer à la maison sans que le recours aux CHSLD soit à privilégier. Cela s'applique également à l'augmentation du

nombre de places disponibles en CHSLD publics, laquelle doit être importante et soutenue en raison des besoins actuels et futurs. Bref, la Fédération exhorte l'Agence de Montréal de mettre fin à la désinstitutionnalisation et à l'ouverture au privé dans le domaine de l'hébergement et d'opter pour un financement public. Il en va de l'intérêt de la population, du respect des besoins des patients, de la qualité et de la sécurité des soins, de conditions d'exercice adéquates pour les professionnelles en soins, et de l'utilisation optimale des fonds publics.

Accès aux services dans les délais établis

Un autre objectif que se donne l'Agence au cours de la période 2010-2015 est de se conformer à la planification stratégique du MSSS en améliorant l'accès aux services de santé dans des délais acceptables. Aussi propose-t-elle d'une part d'assurer l'accès aux chirurgies (genou-hanche-cataracte) et, d'autre part, d'assurer l'accès en hémodynamie, en chirurgie cardiaque et en électrophysiologie, le tout dans les délais établis par le MSSS.

Rappelons qu'en ce qui concerne les chirurgies pour une prothèse totale du genou ou de la hanche, ou encore pour une cataracte, le gouvernement du Québec s'est engagé par la Loi 33 à ce que celles-ci se réalisent dans un délai d'au plus six mois pour les patients inscrits au Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS) depuis le 1^{er} juin 2007. Si l'opération ne peut être faite dans ce délai, l'une des options suivantes est offerte au patient¹⁴ :

- « Être opéré par un autre chirurgien du même hôpital;
- Être opéré par un autre chirurgien dans un autre hôpital de la même région;
- Être opéré par un autre chirurgien dans un autre hôpital à l'extérieur de la région.
- Être opéré dans un centre médical spécialisé (CMS, CMSA). »

Le patient a le choix d'accepter ou de refuser cette offre; toutefois, s'il la refuse, le délai avant que la chirurgie ne soit réalisée peut être plus long.

¹⁴ Site internet du Ministère de la Santé et des Services sociaux – Accès aux services médicaux spécialisés : <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/g74web/> (page consultée le 18 mars 2010).

Du point de vue de la FIQ, l'instauration d'un mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés est tout à fait indiqué. Par contre, les options offertes par le MSSS pour pallier les problèmes d'accessibilité dans les délais établis nous inquiètent depuis longtemps. La Fédération tient à rappeler qu'elle a toujours favorisé et continue de favoriser la mise en place de solutions publiques. Le recours à des centres médicaux spécialisés, qui relèvent du privé, ne constitue pas une telle solution publique. Au lieu de réinvestir dans le système public de santé, le gouvernement, à travers la loi 33, se propose de développer l'entreprise privée de la santé qui, à terme, ne pourra que drainer les ressources publiques et en conséquence, affaiblira le système public de santé. Le jugement Chaoulli rendu en 2005 est donc utilisé par le gouvernement libéral pour introduire la pratique médicale mixte, public privé, dans le réseau de la santé, ce avec quoi la FIQ est en complet désaccord.

L'enjeu des cliniques médicales associées au regard des ressources humaines est de taille. En effet, le réseau public de santé et de services sociaux fait actuellement face à une pénurie de main-d'œuvre. Cette pénurie est particulièrement importante dans la région de Montréal. Or, si l'Agence mise sur ce type de cliniques pour atteindre ses objectifs d'accès aux chirurgies, il y a toutes les raisons de croire que ces dernières viendront drainer les ressources humaines à même le secteur public. La FIQ est fermement convaincue que de s'inscrire dans une telle dynamique ne servira en rien l'amélioration de l'accès dans le réseau public. De plus, une telle option ne saurait représenter une gestion adéquate des ressources financières. L'expérience démontre en effet les coûts plus importants qu'entraîne le recours au privé dans ce domaine, en raison de la recherche maximale de profits de celui-ci.

La FIQ partage d'ailleurs les propos rapportés dans les médias en septembre 2009. Le journal La Presse rapportait alors que l'Agence de Montréal souhaitait mettre un terme au partenariat en vigueur entre l'hôpital Sacré-Cœur de Montréal et la clinique médicale Rockland MD. Cette entente, temporaire, permet à des chirurgiens de l'hôpital d'opérer des patient-e-s dans la clinique privée, et ce, aux frais de l'État. Or, il semble que cette stratégie soit inadéquate pour une gestion optimale des ressources financières. Le président-directeur général de l'Agence, M. David Levine, reconnaissait lui-même que les coûts associés à l'opération de patient-e-s dans le privé sont de 30 à 40 % plus élevés, et que « notre intérêt est d'organiser dans le réseau de santé publique l'utilisation maximale des capacités »¹⁵.

Par conséquent, la volonté de l'Agence de proposer une 2^e offre de services aux patient-e-s en rendant possible le recours au secteur privé ne saurait être une solution adéquate aux problèmes d'accessibilité qui se posent dans la région de Montréal. Les limites d'une telle stratégie sont amplement documentées et il ne sied pas de poursuivre dans une voie qui s'avère inadéquate, inefficace et en complète contradiction avec les objectifs d'amélioration poursuivis. Considérant les pouvoirs de celle-ci dans le domaine de la coordination des services de santé, la FIQ réclame que l'Agence voie à améliorer l'offre de services publics, et non privés, sur son territoire. De son point de vue, les cliniques ambulatoires publiques peuvent constituer un créneau privilégié des réinvestissements dans le réseau montréalais. Il en va de la pérennité et de la qualité de ce dernier et, à plus forte raison, de sa capacité à répondre réellement aux besoins en chirurgies de la population de son territoire.

¹⁵ « L'Agence de santé de Montréal veut casser l'entente avec Rockland MD », La Presse, 11 septembre 2009.

Maintenant, en ce qui concerne l'objectif de l'Agence d'assurer l'accès aux services d'hémodynamie, de chirurgie cardiaque et d'électrophysiologie dans les délais établis, l'opinion de la FIQ diffère de celle qui a été énoncée dans le point précédent. La Fédération est en effet d'avis que puisque l'offre de tels services est garantie au sein du réseau public, cet objectif rencontre les préoccupations qui l'animent. Elle souscrit donc aux actions qui seront entreprises par l'Agence afin de respecter les délais identifiés comme acceptables.

Le second objectif relatif à l'amélioration de l'accès aux services de santé dans des délais acceptables mis de l'avant par l'Agence concerne la réduction de l'encombrement des urgences et l'assurance d'une durée de séjour sur civière acceptable. Les actions proposées en ce sens sont¹⁶ :

- « Augmenter la rapidité d'accès aux ressources d'hébergement;
- Assurer une gestion optimale de la salle d'urgence en CHSGS;
- Augmenter la prise en charge par la 1^{re} ligne et les CSSS;
- Poursuivre le projet pilote d'orientation des patients de priorité 4 et 5 vers les cliniques médicales. »

Pour la Fédération, les enjeux relatifs à l'encombrement des urgences et de la durée de séjour sur civière dans la région montréalaise sont fort importants. Les récents événements ayant fait la manchette sont d'ailleurs convaincants et nul ne saurait remettre en question la nécessité d'agir. Des solutions durables et structurantes doivent être mises en place et l'Agence de Montréal doit jouer un rôle incontournable en la matière.

¹⁶ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2010. Planification stratégique 2010-2015 – document de consultation, p. 47.

À l'instar de cette dernière, la FIQ estime que plusieurs mesures du Plan stratégique de l'Agence peuvent contribuer à désencombrer les urgences et à rendre plus acceptable la durée de séjour sur civière. L'amalgame de ces mesures aura un effet bénéfique non seulement sur l'amélioration de l'équilibre entre offre et demande de main-d'œuvre, mais aura également un effet structurant pour réduire le phénomène de la « porte tournante ». Une section subséquente du présent mémoire est d'ailleurs consacrée aux préoccupations relatives à l'état de la main-d'œuvre.

Pour la Fédération, une chose demeure toutefois certaine : il presse d'agir. L'Agence de Montréal se doit donc d'exercer son leadership et ainsi exercer la pression nécessaire à l'amélioration de la situation dans les urgences de son territoire. Elle doit donner des directives claires et non négociables à ses établissements de santé afin que les décideurs et gestionnaires déploient les efforts nécessaires. Tel que le rapportait récemment la présidente de la FIQ, Mme Régine Laurent, au sujet de la situation dans les urgences : « Il est urgent de trouver des solutions qui pourront agir sur la rétention des professionnelles expérimentées et sur l'attraction d'une relève qui aura le goût de s'investir dans un réseau de la santé public valorisant et stimulant. Le recours aux heures supplémentaires de façon régulière ou obligatoire et au personnel d'agences privées de placement en soins n'est pas la solution et ne fait que dégrader davantage la situation ».

**Priorité 2 –
Une meilleure gestion des maladies chroniques**

La seconde priorité de l'Agence de Montréal est d'assurer une meilleure gestion des maladies chroniques. Pour ce faire, l'Agence désire implanter des protocoles cliniques et assurer le suivi de leur implantation, dans chacun des CSSS. Ces protocoles impliquent l'implantation d'équipes de soins spécifiques pour la gestion du risque cardiométabolique (diabète et hypertension artérielle) et pour les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC). L'Agence s'est également fixé comme objectif d'assurer un continuum de services pour la lutte contre le cancer.

La FIQ est entièrement en accord avec cette préoccupation de l'Agence. Pour la FIQ, l'atteinte de ces objectifs nécessite l'offre d'un continuum de services à la population. En ce sens, il est nécessaire d'avoir des services de 1^{re} ligne forts, qui impliquent une contribution importante des professionnelles en soins, tel que nous l'avons mentionné précédemment. L'expertise de l'infirmière au niveau de l'évaluation et de la prévention pourrait être davantage mise à profit. Dans le cadre de l'organisation des services de 1^{re} ligne, l'infirmière pourrait également se voir confier un rôle pivot visant à assurer les liens requis avec les services de 2^e et 3^e ligne.

Un des objectifs spécifiques de l'Agence en regard de la gestion des maladies chroniques devrait être de développer une vision plus globale de ces problématiques en déployant des programmes de prévention et d'autonomisation des personnes face à leur maladie. Également, l'implication d'une équipe multidisciplinaire est nécessaire en raison de la complexité de ces problèmes de santé.

L'atteinte de cet objectif est cependant un vœu pieux dans la mesure où les intervenants pivots ne bénéficient pas d'une organisation du travail qui leur permet de se voir dégager du temps pour effectuer les suivis requis auprès de la clientèle vulnérable. Les professionnelles en soins doivent pouvoir satisfaire à leur responsabilité de bien guider le patient au travers des différents services, autant sur une base horizontale que verticale. Elles doivent également être en mesure de mieux assumer certaines fonctions qui leur sont dévolues, par exemple au niveau de l'enseignement.

Afin d'assurer la continuité des services, l'Agence devra également s'assurer que l'information est disponible pour les professionnels de la santé. Donc, l'atteinte de cet objectif repose en partie sur l'intégration et sur la circulation de l'information clinique, notamment par le biais de l'informatisation des dossiers.

Priorité 3 – Intervenir précocement auprès des tout-petits, des jeunes et de leur famille

En raison de la corrélation manifeste qu'il existe entre les conditions de vie en bas âge et l'état de santé à l'âge adulte, l'Agence se donne comme troisième priorité de favoriser l'accès des jeunes à ce qu'elle nomme un « parcours éducatif qualifiant ». Ainsi, il est proposé d'intensifier les efforts déployés afin d'offrir aux enfants défavorisés ou qui présentent des signes de retard de développement des services intégrés de stimulation précoce. Il est également suggéré de renforcer le déploiement des pratiques de prévention et de promotion par la poursuite de l'approche Écoles et milieux en santé.

Évidemment, la FIQ souscrit entièrement à une telle préoccupation d'agir sur les déterminants de la santé et de la réussite éducative en bas âge. Elle tient toutefois à rappeler que si les partenariats et collaborations entre différents milieux sont essentiels à l'atteinte de cet objectif, l'intervention précoce auprès des enfants et leur famille concerne aussi les professionnelles en soins. En effet, infirmières, infirmières auxiliaires et inhalothérapeutes ont un rôle à jouer dans l'amélioration des déterminants de la santé, notamment par les pratiques préventives et évaluatives qui font partie de leurs champs de compétences. Conséquemment, l'intégration des services se doit de leur accorder une place et de les impliquer, particulièrement celles œuvrant dans le milieu scolaire et communautaire.

La Fédération tient également à porter à l'attention de l'Agence les enjeux liés à l'affaiblissement de la mission CLSC des établissements. Depuis la création des réseaux locaux, les CLSC sont de plus en plus appelés à disparaître, et ce, malgré leur rôle prépondérant en matière de prévention des risques et de promotion de bonnes habitudes de vie. Il est dommage de constater que la réorganisation des structures et des processus menace la survie d'un acteur aussi important dans la communauté.

Priorité 4 – Compléter la mise en œuvre des grandes réorganisations de services

L'accès aux services de santé mentale

Cet objectif est en lien avec la priorité numéro 4 de l'Agence, qui consiste à compléter la mise en œuvre des grandes réorganisations de services, laquelle inclut notamment le Plan régional de transformation des services en santé mentale dont la réforme a été amorcée en 2005¹⁷.

Il faut mentionner qu'en ce sens, les principaux objectifs montréalais pour 2010-2015 sont de poursuivre rapidement le développement des équipes de 1^{re} ligne en CSSS pour les adultes et les enfants, d'harmoniser les services de 1^{re} ligne avec ceux de 2^e ligne et de poursuivre les travaux sur la définition des soins en 3^e ligne afin de cibler les besoins spécifiques de certains hôpitaux et stimuler le transfert des ressources prévues vers la 1^{re} ligne.

Les infirmières doivent avoir un grand rôle à jouer dans la poursuite de la réorganisation. Une planification rigoureuse de la main-d'œuvre en santé mentale devra se faire en lien avec la consolidation des équipes de 1^{re} ligne. L'Agence devra s'assurer de détenir et de conserver les ressources suffisantes en 1^{re}, 2^e et 3^e ligne, afin d'atteindre les objectifs fixés. Ces mesures doivent viser autant les infirmières de niveau collégial et les infirmières cliniciennes que les infirmières auxiliaires. Cette planification d'effectifs est essentielle afin d'assurer l'accessibilité de la population aux services en santé mentale.

¹⁷ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, *La transformation des services de santé mentale*, Le plan de mise en œuvre à Montréal, La force des liens, Trousse d'information, avril 2008.

Les syndicats affiliés à la FIQ consultés sur la question de la mise en œuvre de la réorganisation des services en santé mentale précisent qu'il demeure difficile de recruter et de conserver les effectifs en soins infirmiers. Parmi les problématiques soulevées, mentionnons la difficulté de pourvoir certains postes, d'assurer la stabilité des équipes de soins et de fournir une formation continue adéquate des professionnelles.

Il s'agit donc d'un signal que la réorganisation des services en santé mentale doit se faire en lien avec la mise en place de mesures d'attraction et de rétention des professionnelles en soins. Il ne faut pas perdre de vue que l'âge moyen des infirmières travaillant en santé mentale en 2009 était de 46,5 ans¹⁸. Des moyens concrets d'attraction et de soutien des nouvelles professionnelles œuvrant dans le domaine devront être pris. Ceux-ci pourraient notamment prendre la forme de préceptorat, de mentorat et de formation continue. Les conditions de travail qui leur sont offertes auront également une forte incidence sur leur désir de travailler dans un milieu et d'y rester.

Le fait d'utiliser pleinement les compétences des infirmières aura également un impact important sur leur motivation et leur implication dans leur travail. L'organisation des services doit donc impérativement se faire en tenant compte des nouvelles réalités professionnelles qui sont mises de l'avant par les lois 90 et 21 visant la modernisation de l'organisation professionnelle du secteur de la santé physique ainsi que du secteur de la santé mentale et des relations humaines.

¹⁸ Données qui proviennent du Tableau de l'OIIQ au 31 mars 2009.

La loi 90, entrée en vigueur en 2003, est tout d'abord venue réviser les activités professionnelles réservées aux infirmières. L'une d'elles consiste en l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique. La réserve de cette activité consacre le rôle important de cette professionnelle en santé mentale. Comme décrite précédemment dans un contexte de services de 1^{re} ligne, l'évaluation de l'infirmière lui permet notamment de déterminer l'urgence du problème, ajuster le plan thérapeutique infirmier et référer vers les services requis¹⁹.

En 2005, un Comité d'experts a produit un rapport sur la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale (Rapport Trudeau), dont les recommandations visaient l'ensemble des professions exerçant dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Ces travaux étaient préliminaires à l'adoption de la Loi 21 (*Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*). Cette Loi vient préciser le cadre entourant la collaboration interprofessionnelle en santé mentale.

En ce sens, le Comité d'experts définissait ainsi la pratique de l'infirmière en santé mentale :

« L'infirmière en santé mentale intervient selon une perspective globale de la personne au regard de sa situation de santé. L'infirmière détient l'expertise pour évaluer la condition physique et mentale d'une personne. De plus, elle possède l'expertise spécifique pour surveiller l'état de santé de cette personne et gérer les activités cliniques requises en cas de trouble mental lors d'un épisode de soins, que ce soit en milieu hospitalier, ambulatoire et communautaire²⁰. »

¹⁹ Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, avril 2003, pp. 24-25

²⁰ Québec, *Partageons nos compétences, Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines*, Rapport du Comité d'experts, novembre 2005

Le cadre de référence de la mise en place des équipes de 1^{re} ligne dans les CSSS, qui s'inscrit dans le plan d'action ministériel en santé mentale 2005-2010 de l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal précise d'ailleurs une contribution de l'infirmière qui s'inscrit en ce sens. L'infirmière se voit confier plusieurs tâches reliées à la promotion et prévention, à l'évaluation, au traitement, à l'orientation et liaison avec la 2^e ligne et tous les partenaires du réseau. Elle se voit également confier un rôle d'expertise-conseil.²¹ Cette planification est représentative des compétences professionnelles des infirmières en santé mentale et elle doit être appliquée en accordant bien sûr l'appui qui leur est nécessaire.

L'infirmière praticienne spécialisée en santé mentale pourra, de plus, effectuer l'évaluation du trouble mental dans la mesure où elle détient une attestation de formation délivrée par l'Ordre²². Mentionnons qu'une telle attestation n'est actuellement pas délivrée par l'Ordre. Il s'agit donc d'une ressource qui sera utile dans le domaine de la santé mentale, mais sur laquelle il ne sera pas possible de miser si le support des équipes de professionnelles en soins ne lui est pas fourni.

La FIQ soutient également que les infirmières auxiliaires devraient faire partie des intervenantes des équipes multidisciplinaires en santé mentale. Le champ d'exercice des infirmières auxiliaires prévu au *Code des professions* prévoit qu'elles peuvent « contribuer à l'évaluation de l'état de santé d'une personne et à la réalisation du plan de soins, prodiguer des soins et des traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie et fournir des soins

²¹ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Service de la planification et du développement stratégique, *Cadre de référence, Mise en place des équipes de santé mentale de 1^{re} ligne dans les CSSS*, Plan de mise en œuvre à Montréal, Phase 1, du plan d'action ministériel en santé mentale 2005-2010, approuvé par le Conseil d'administration du 12 décembre 2006, pp. 35-37

²² Article 36, alinéa 2, par. 1 (de la *Loi sur les infirmières et infirmiers*)

palliatifs²³. » Il faut donc mentionner que celles-ci peuvent travailler auprès de tous les types de clientèles, ce qui inclut les personnes ayant des problématiques de santé mentale. L’infirmière auxiliaire pourrait donc participer aux évaluations et aux plans de soins faits en santé mentale dans la mesure où cela est accompli en collaboration avec l’infirmière²⁴.

Finalement, mentionnons que certains syndicats affiliés nous ont également informés que la réorganisation des services en santé mentale équivaut dans certains cas à un simple transfert de budget, sans qu’une réorganisation réelle au niveau des professionnelles soit mise en place. Un doute subsiste dans certains cas, quant à l’attribution réelle de l’argent alloué à la santé mentale.

²³ Article 37 p) du *Code des professions*

²⁴ Ordre des infirmières et des infirmiers auxiliaires du Québec, La capacité légale de l’infirmière auxiliaire, Champ de pratique et activités réservées en vertu de la loi 90, Mai 2004, pp. 46-47

**Priorité 5 –
Collaborer avec nos partenaires à la réduction des inégalités de
santé et de bien-être**

En tant qu'organisation syndicale, citoyenne et féministe, la FIQ adhère entièrement à une telle priorité. La réduction des inégalités de santé et de bien-être est effectivement un enjeu fondamental afin d'améliorer l'état de santé des groupes vulnérables à court, moyen et long terme. Toutefois, elle tient à souligner l'importance d'accorder une attention toute particulière à certaines catégories de personnes, à savoir les personnes âgées et les personnes économiquement défavorisées. Celles-ci sont particulièrement sensibles aux effets néfastes de décisions qui peuvent être prises, notamment celles relatives à la privatisation des soins et des services. Il est fondamental de veiller à ne pas limiter l'accès de ces groupes à des soins et des services de qualité dont ils ont besoin, justement afin d'agir sur les déterminants de santé et de bien-être qui les caractérisent.

De plus, l'objectif de mettre en œuvre le plan d'action régional en santé publique 2010-2015 ainsi que les plans d'action locaux (p.33 du document de consultation) en vue de renforcer la prévention à l'intérieur des continuums de services est assurément un levier à privilégier. Par contre, la FIQ tient à rappeler que l'atteinte d'un tel objectif commande une volonté ferme, un leadership ainsi que des investissements si l'on veut réellement améliorer la situation. À cet effet, l'idée de milieux de travail exempts de menaces à la santé interpelle fortement la Fédération; pour les professionnelles en soins qui travaillent actuellement dans des conditions assurément délétères, il importe que soient mises en place des solutions durables et structurantes. La prévention, si elle est fondamentale pour améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population, l'est tout autant pour celles qui œuvrent à dispenser les soins et services dans le réseau public. À la base, si l'on veut renforcer la prévention qui passe en grande partie par les professionnelles en soins, certaines conditions préalables doivent être mises en place. Par exemple, la charge de travail excessive que celles-ci assument actuellement est loin de favoriser la prévention, ni pour elles, ni pour les usagers du système.

AU-DELÀ DES PRIORITÉS : DES PRÉOCCUPATIONS TRANSVERSALES

L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines

Il apparaît également de façon transversale à chacune des priorités la volonté de l'Agence de favoriser l'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines.

Parmi les objectifs proposés par l'Agence, mentionnons que cette dernière entend assurer une utilisation optimale des compétences du personnel, par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services en organisation du travail. Elle a également comme objectif de favoriser l'adaptation à la profession et au milieu de travail de la relève professionnelle ainsi que mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau en s'appuyant sur des programmes de type employeurs de choix. Mentionnons notamment les programmes Lean/Toyota qui ont été mis de l'avant dans les établissements de santé.

Pour la FIQ, l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre passent dans un premier temps par une rémunération adéquate et des horaires de travail décents. En 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux publiait une étude portant sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières du Québec. Nous jugeons important de rappeler certaines des recommandations émises étant donné qu'elles n'ont pas été mises en application à la satisfaction des professionnelles en soins, ce qui fait en sorte qu'elles font actuellement partie des revendications dans le cadre des négociations auprès du gouvernement :

- Améliorer les conditions salariales des infirmières afin de refléter davantage leur niveau de responsabilité;

- Bonifier les primes de soir, nuit et fin de semaine;
- Bonifier les régimes de retraite afin d'inciter les infirmières en âge de prendre leur retraite à poursuivre leur carrière;
- Réduire la surcharge de travail;
- Revoir l'aménagement du temps de travail²⁵.

Plusieurs autres éléments doivent cependant être mis en place afin de contribuer à l'attraction et à la rétention des professionnelles en soins. Dans son rapport du Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière, paru en 2001, le ministère de la Santé et des Services sociaux faisait état d'un plan d'action qui avait notamment pour objectif d'assurer une meilleure attraction et rétention de la main-d'œuvre infirmière. Plusieurs objectifs visant à favoriser une plus grande diplomation semblent avoir été atteints, du moins partiellement. Cependant, en ce qui concerne les objectifs relevant de l'organisation du travail à proprement parler, il semble que les résultats sont actuellement mitigés. Citons notamment les objectifs suivants qui ont été partiellement atteints :

- Revoir l'organisation des soins et l'organisation du travail compte tenu des besoins des clientèles et des nouvelles façons de faire de manière à maximiser l'apport des infirmières;
- Voir à un meilleur arrimage entre l'actualisation des développements de soins et de services ayant une incidence sur la main-d'œuvre et la disponibilité et/ou la formation de la main-d'œuvre infirmière;

²⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Recherche sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières du Québec, présenté au groupe de travail sur la planification de la main d'œuvre infirmière par le sous-comité de la recherche, décembre 2003, pp. 66-67.

- Améliorer les conditions permettant le développement des ressources humaines (ex. : maintien des compétences, formation continue, perfectionnement, cheminement de carrière) et mettre en place des mesures permettant de mettre à profit les formations acquises;
- Mettre en place les conditions permettant aux infirmières d'exercer les nouveaux rôles qui leur sont dévolus²⁶.

Le plan d'action qui avait été mis de l'avant n'a donc pas été concrétisé complètement, en raison d'une absence de volonté ou d'un mauvais arrimage des différents partenaires du milieu. Le rapport portant sur l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre infirmière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux, émettait également des recommandations en ce sens, notamment sur l'importance de promouvoir le rôle et l'autonomie de l'infirmière, cibler les besoins de formation et favoriser l'intégration des jeunes infirmières, développer des programmes d'encadrement du personnel et améliorer l'environnement de travail des professionnelles²⁷.

Rappelons également que l'entrée en vigueur en 2005 du projet de loi 83 modifiant la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* a apporté des changements intéressants en matière de développement des ressources humaines et de planification de la main-d'œuvre (PDRH/PMO), par l'article 231. Le plan proposé peut prévoir des éléments relatifs à la motivation, la valorisation, le maintien des compétences ainsi qu'en ce qui concerne le perfectionnement, la mobilité, la relève et l'orientation de la carrière. Ce plan pourrait également être un bon levier mis à la disposition des établissements et des agences pour développer des moyens d'attraction et de rétention.

²⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Rapport du Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière*, 2001, pp. 58-61

²⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Recherche sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières du Québec*, présenté au groupe de travail sur la planification de la main d'œuvre infirmière par le sous-comité de la recherche, décembre 2003, pp. 67-69.

La Fédération voyait alors ces changements d'un très bon œil et y voyait alors une solution pour endiguer la pénurie de main-d'œuvre ainsi que la dégradation des conditions de travail. Dans un document synthèse sur la question, les modifications législatives étaient alors perçues comme des solutions afin de procéder à une planification de la main-d'œuvre aux niveaux local, régional et national, mais aussi pour agir sur les différents facteurs ayant démontrés avoir une incidence sur l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre²⁸.

Par la suite, les négociations locales qui ont suivi l'entrée en vigueur des dispositions législatives n'ont pas mené à la mise en place des nouvelles mesures en matière de planification de la main-d'œuvre et des ressources humaines dans les établissements. Le constat est donc le même qui existait à ce moment : le contexte demeure peu propice au développement des ressources humaines, les budgets qui y sont alloués sont insuffisants et il existe un manque de perspective des décideurs sur la question²⁹.

La FIQ est donc heureuse de constater que l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre demeurent une priorité au niveau de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. L'Agence avait également adopté un plan d'action sur la disponibilité de la main-d'œuvre à Montréal. Ce plan d'action reprenait plusieurs des mesures déjà mises de l'avant au niveau de l'attraction et de la rétention de la main-d'œuvre³⁰.

²⁸ Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, *Un changement prometteur en matière de développement des ressources humaines et de planification de la main-d'œuvre*, Document synthèse, présenté au Conseil fédéral des 21, 22 et 23 mars 2006

²⁹ *Id.*

³⁰ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, *Plan d'action sur la disponibilité de la main-d'œuvre à Montréal 2008-2010*, 4 novembre 2008.

Nous sommes d'avis que les mécanismes visant à permettre une meilleure attraction et rétention du personnel de soins existent, il manque uniquement la volonté nécessaire de la part des décideurs et des gestionnaires. Cette mise en place ne peut cependant se faire sans l'implication des professionnelles en soins elles-mêmes ainsi que des syndicats qui les représentent.

Pour la FIQ, une piste de solution importante pour assurer une meilleure attraction et rétention ainsi qu'une contribution optimale des ressources humaines réside dans le fait d'agir localement en organisation des soins et du travail.

Plusieurs méthodes ont été mises de l'avant par le gouvernement dans le cadre de la réingénierie de l'État, notamment le toyotisme. Ces méthodes ont cependant démontré leurs limites. La FIQ dénonçait d'ailleurs cette situation en 2008, en adoptant comme priorité d'action l'organisation du travail. Les limites du toyotisme résident dans la pression temporelle et la contrainte du temps qui pèse sur les employés ainsi que la charge mentale qu'elle occasionne et qui nécessite une vigilance accrue³¹.

La FIQ soulignait également que certaines méthodes utilisées en organisation du travail peuvent « comporter des vices importants, car elles ne tiennent pas compte de l'ensemble des composantes de l'organisation du travail. En situation de réorganisation urgente, sous la pression des contraintes de performance et d'efficacité ou de pénurie importante de personnel, les gestionnaires peuvent être tentés d'utiliser la voie rapide et de laisser de côté les aspects cruciaux relatifs au contexte et au contenu du travail pour se concentrer sur une recherche de solutions plus immédiates³². »

³¹ Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec – FIQ, *L'organisation du travail : une priorité d'action, secteur tâche et organisation du travail*, décision D 13, présenté au conseil fédéral des 2, 3 et 4 décembre 2008, pp. 25-26

³² *Id.*, p. 25

La consultation des syndicats affiliés à la FIQ dans la région de Montréal démontre que certains projets en organisation du travail ont été mis de l'avant dans les établissements afin de favoriser l'attraction et la rétention du personnel. Il ressort des discussions que les projets qui ont eu davantage d'impact sont ceux dont les mesures offraient le plus de souplesse aux professionnelles dans leur travail et qui correspondent mieux à leurs désirs et leurs besoins, notamment au niveau des horaires et des vacances. Il existe des mesures attractives qui ont été implantées dans les établissements, par exemple, l'attribution de primes, de mentorat, de préceptorat, de reconnaissance de l'expérience, de meilleurs échelons et elles ont produit de bons résultats. La démarche n'était cependant pas faite de façon systématique et ne couvrait pas l'ensemble des facteurs ayant une influence sur l'attraction et la rétention dans les milieux.

Une organisation du travail satisfaisante pour les professionnelles de soins ne doit donc pas passer uniquement par l'implantation de modèles qui font une analyse partielle de la situation au travail et qui visent uniquement l'atteinte de la productivité. Plusieurs facteurs doivent être pris en considération dans l'analyse des facteurs internes et externes pouvant avoir une influence sur l'organisation du travail : l'autonomie des professionnels, la possibilité d'un plan de carrière, le stress au travail, le salaire, le climat dans l'équipe de travail et la possibilité de participer aux décisions³³. Les discussions de la Table de concertation en soins infirmiers faisaient ressortir également la nécessité de considérer les éléments suivants en ce qui concerne plus spécifiquement les équipes de soins infirmiers : l'accès à la formation continue, le soutien clinique, les ordonnances collectives, le préceptorat/mentorat, l'aménagement du temps de travail pour les quarts de soir et de nuit et la stabilité des équipes de travail³⁴.

³³ *Id.*, p. 28

³⁴ *Id.*, p. 29

La FIQ a développé un outil en organisation du travail, qui tient compte de toutes les dimensions de l'organisation du travail, soit le contenu et le contexte du travail. Pour la Fédération, il s'agit d'un moyen offert aux équipes de soins de s'approprier l'organisation de leur travail au niveau local. Le fait que les équipes locales se sentent impliquées dans la démarche facilitera toujours l'implantation d'une organisation du travail durable et satisfaisante pour tous.

La FIQ soutient que l'Agence doit faire preuve de leadership auprès des établissements afin que ceux-ci mettent en place des mesures qui auront des impacts réels sur l'attraction et la rétention des professionnelles en soins. Les moyens à prendre pour en arriver à des résultats durables sont connus et bien documentés et il importe que les gestionnaires des établissements prennent les initiatives qui s'imposent en ce sens. De plus, aux yeux de la Fédération, il est incontournable que les projets développés impliquent les professionnelles et les syndicats qui les représentent afin que ceux-ci soient des acteurs de premier plan dans tout processus global et durable de réorganisation du travail.

Heures supplémentaires

L'Agence se donne pour objectif de réduire de 10%, d'ici 2015, les heures supplémentaires effectuées dans l'ensemble des secteurs d'activités. Pour la FIQ, il est clair que la rencontre d'une telle volonté passe inévitablement par la réorganisation du travail.

La problématique des heures supplémentaires, à plus forte raison celle des heures supplémentaires obligatoires, est bien connue. Or, les récents événements survenus dans les établissements de santé de la région montréalaise nous imposent un triste constat : rien ne change, même si les enjeux sur ce territoire apparaissent comme étant cruciaux.

La problématique des heures supplémentaires est au cœur des préoccupations de la FIQ depuis plusieurs années³⁵. Dès la création de la Fédération, en 1987, les dangers et conséquences néfastes liés au recours aux heures supplémentaires, volontaires ou imposées, étaient des enjeux fondamentaux auxquels se collaient les priorités de négociation. Le plan d'action déposé à la suite des travaux du Forum national sur la planification de la main-d'œuvre, auquel la Fédération a activement participé, proposait plusieurs pistes de solutions. Il avait alors été affirmé qu'il fallait apporter des changements importants dans l'organisation du travail et des soins et que, parmi les facteurs importants les plus susceptibles d'améliorer la qualité de vie au travail, se trouvaient notamment une charge de travail appropriée et l'aménagement du temps de travail.

Alors que le recours aux heures supplémentaires trouve habituellement sa raison d'être dans l'obligation qu'ont les employeurs de répondre à un surcroît de travail, à une absence imprévue de personnel ou à une urgence, les heures supplémentaires sont devenues, non plus une mesure d'exception, mais un moyen de répondre aux manques habituels de personnel.

Un survol de la littérature établit des liens significatifs entre le fait de travailler un nombre élevé d'heures supplémentaires et un taux accru d'absentéisme, de maladie et de blessures, ainsi que des corrélations entre les heures supplémentaires et les heures perdues en congé de maladie. On a également constaté que la santé physique et mentale des personnes tendait à être moins bonne lorsqu'on les obligeait à faire des heures supplémentaires.

Un grand nombre d'heures supplémentaires représente aussi un risque pour les patient-e-s, car elles peuvent entraîner une détérioration de la qualité

³⁵ Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, 2007. « Heures supplémentaires : des moyens pour agir ».

des soins prodigués. Une étude a démontré, entre autres, que les heures supplémentaires augmentaient la probabilité que la personne commette une erreur. Le recours aux heures supplémentaires fondé sur l'obligation de prévenir les torts potentiels aux patient-e-s en garantissant un ratio adéquat ne semble pas synonyme de qualité.

Il est clair que l'utilisation des heures supplémentaires, surtout celles obligatoires, s'accompagnent d'effets fort néfastes et ne peuvent en aucun cas servir de solution pour pallier une organisation du travail déficiente. Il est plus que temps pour les décideurs et les gestionnaires d'admettre les ratés d'une telle stratégie et de prendre les moyens qui s'imposent. Il est inacceptable, inconcevable que les signaux d'alarme émis par les infirmières, les infirmières auxiliaires et les inhalothérapeutes ne soient pas entendus. La FIQ insiste donc pour que l'Agence de Montréal prenne ses responsabilités et fasse pression sur les établissements de son territoire afin que ceux-ci mettent en place des mesures qui permettront de diminuer le recours aux heures supplémentaires et d'éliminer les heures supplémentaires obligatoires. La qualité et la sécurité des soins en dépendent, l'attraction et la rétention des professionnelles en soins sont en jeu.

Main-d'œuvre indépendante

Par ailleurs, toute la question du recours à du personnel en soins travaillant pour des agences privées interpelle très fortement la FIQ. Le document de consultation rapporte que l'objectif de l'Agence est de diminuer de 25 % l'utilisation de celle-ci d'ici 2015, et ce, au niveau des soins infirmiers, mais également d'autres secteurs à préciser. D'emblée, la FIQ affirme que cette cible est nettement insuffisante et qu'elle doit être revue à la hausse.

Plus que jamais, l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante dans le secteur des soins suscite les débats, et à juste raison. Même si ce phénomène n'a rien de nouveau, il a pris depuis quelques années une ampleur inégalée et menace assurément le réseau public de santé. La situation est tellement préoccupante que la FIQ a étudié la question de façon pointue. Un certain nombre d'effets négatifs liés au recours répété aux agences de placement se fait sentir tant sur la prestation de soins en général que sur la main-d'œuvre du réseau en particulier comme :

- une diminution de la qualité des soins;
- des problèmes de continuité de soins;
- une privatisation passive de la dispensation des soins dans le réseau public par le biais de la sous-traitance;
- une détérioration des conditions de travail des professionnelles en soins du réseau public;
- une mauvaise utilisation des deniers publics considérant les marges bénéficiaires encaissées par les agences privées;
- un exode de certaines professionnelles en soins du réseau public vers les agences privées.

Au niveau national, on assiste actuellement à une augmentation rapide du nombre d'agences privées en personnel en soins de santé. De plus, le nombre de régions touchées augmente, comme les professions visées. Les agences ne sont plus le seul fait des infirmières, mais les infirmières auxiliaires et les inhalothérapeutes sont maintenant du nombre des professionnelles en soins compris dans l'offre de service des agences privées.

Pour la région de Montréal, le pourcentage de main-d'œuvre en personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires représentait 6,6 % des heures travaillées en 2007-2008, alors que la moyenne nationale se situe à 3,5 %. Il en a coûté 90 193 296 \$³⁶ à la région de Montréal pour cette même période, sans compter les coûts non chiffrables liés à la perte de qualité, de continuité, à la détérioration des équipes de travail, etc.

Nous croyons que cette pratique qui semble de plus en plus répandue chez certains employeurs aggrave la pénurie et crée des classes de travailleurs-euses à l'intérieur même du système. De plus, tous les aspects – qui représentent une valeur ajoutée des services publics non quantifiable – concernant le mentorat, le développement de la formation continue et de l'expertise, le sentiment d'appartenance sont menacés. D'autre part, les horaires atypiques incontournables à la prestation de soins (soir, nuit, fin de semaine) continuent à être assumés par les professionnelles du réseau public qui s'épuisent et côtoient des professionnelles dont les horaires de travail ne dépendent pas de la planification inhérente à cette prestation de soins.

³⁶ MSSS, DGPRM, Annexe C du rapport financier annuel et banque R25, *Comparaison de la main-d'œuvre indépendante, des heures régulières et supplémentaires par catégories de personnel.*, cité dans Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, 2009. « Contrer la présence des entreprises privées de placement en soins : urgence d'agir (plan d'action), p. 11.

L'utilisation de la main-d'œuvre indépendante est loin d'être la panacée que l'on tente de faire acheter à la population. Elle compromet directement la qualité et la sécurité des soins et menace la pérennité du réseau public de santé. Il est urgent que les décideurs et les gestionnaires admettent les ravages d'une telle stratégie, et la FIQ ne cessera d'occuper toutes les tribunes qui lui donneront l'occasion de le rappeler.

La Fédération et ses syndicats affiliés pressent donc l'Agence de Montréal d'agir sur ce phénomène afin de le freiner et de convaincre les employeurs de renoncer à de telles méthodes de gestion des ressources humaines. Le recours à la main-d'œuvre indépendante n'est pas efficace et ne peut qu'être transitoire. Cette vision à court terme est inéquitable et affecte le budget public. Des objectifs permettant de diminuer le recours aux agences de placement doivent être fixés et respectés, car la pérennité du réseau public est mise en péril.

Pour ces raisons, la FIQ et ses syndicats affiliés recommandent à l'Agence d'accélérer et de poursuivre les travaux de planification de main-d'œuvre en partenariat avec les acteurs syndicaux afin de trouver des solutions pour consolider le bassin de main-d'œuvre. C'est la seule et unique façon de mettre fin à une situation qui a déjà trop duré.

L'intégration et la circulation de l'information clinique

De façon transversale à chacune des priorités régionales, l'Agence énonce dans sa vision du modèle de santé montréalais son objectif d'effectuer la mise en place d'un dossier clinique informatisé (DCI). L'objectif en ce sens est de soutenir la mise en réseau des soins et des services en facilitant la circulation des renseignements cliniques et en rendant ainsi disponible l'information nécessaire.

Les objectifs montréalais sont d'implanter dans les établissements le DCI OACIS qui donnerait accès de façon intégrée au Dossier de santé du Québec (DSQ).

Le DCI est le dossier informatisé local du-de la patient-e. Ce dossier regroupe l'ensemble des informations cliniques essentielles concernant le-la patient-e et permet aux professionnels d'y accéder³⁷. À Montréal, il s'agit du projet Oacis.

Le DSQ est plutôt un projet gouvernemental qui vise à rendre accessible certaines informations médicales nécessaires au suivi et à la prise en charge des patient-e-s, quel que soit le lieu où la personne reçoit des services au Québec. Le DSQ contiendra notamment les résultats des examens de laboratoire et de radiologique ainsi que le profil pharmacologique³⁸.

La FIQ ne voit pas d'un mauvais œil l'implantation du DCI et du DSQ dans le réseau de la santé. Elle a émis cependant des réserves ou des préoccupations en ce qui concerne l'implantation du DSQ, qui s'avèrent être les mêmes qu'en regard de la mise en place du DCI.

Tout d'abord, la Fédération estime de la plus haute importance que les établissements prennent les mesures nécessaires afin d'assurer le respect de la confidentialité des données ainsi que la sécurité des informations contenues dans les dossiers informatisés. Elle se préoccupe notamment d'éventuelles utilisations abusives d'informations médicales, ou d'autres renseignements sensibles, par des personnes qui ne sont pas des

³⁷ Agence des services de santé et des services sociaux de Montréal, *Le projet régional d'implantation du dossier clinique informatisé Oacis à Montréal*, Présentation de M. Louis Côté, directeur, Ressources humaines, information et planification, le 1^{er} juin 2009.

³⁸ *Id.*

professionnel-le-s ou des intervenant-e-s habilité-e-s par la loi³⁹. De plus, les accès permis au dossier doivent être contrôlés de façon rigoureuse.

Par ailleurs, les professionnelles en soins doivent obtenir la formation et le soutien nécessaires lors de la mise en place du DCI, afin de permettre d'atteindre les objectifs fixés qui sont d'assurer une meilleure intégration des informations médicales ainsi qu'améliorer la qualité des services offerts.

Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services

Tel que le stipule le document de consultation, « la qualité des soins de santé représente donc un enjeu de taille. Elle se traduit par une gamme de services sûrs et efficaces qui répondent aux besoins et aux préférences de la personne, notamment une meilleure coordination des soins, un contrôle plus serré de la qualité et des bénéfices liés à de meilleures pratiques préventives. Le recours à un dossier clinique informatisé, une main-d'œuvre mobilisée et des interventions proactives sur la gestion des risques contribuent à une plus grande qualité des services. » (document de consultation, p.21)

À ce titre, l'Agence propose à tout le moins deux objectifs : élaborer d'ici 2011 des outils et mécanismes régionaux permettant l'intégration des diverses dimensions relatives à la qualité, ainsi que de s'assurer que d'ici 2015, 100 % des établissements publics auront adopté la politique ministérielle d'assurance qualité qui sera élaborée (document de consultation, p.50).

Aux yeux de la Fédération, il est évident que des actions doivent être entreprises et/ou consolidées afin de veiller à la qualité des soins et des

³⁹ Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, *Commentaires sur l'avis d'intention de mise en œuvre du projet expérimental du Dossier de santé du Québec sur le territoire de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale*, Montréal, le 7 avril 2008.

services offerts sur le territoire montréalais. Nul ne peut être contre une telle visée. Toutefois, il apparaît que les tenants et aboutissants de cette préoccupation sont encore à déterminer. Il est donc quelque peu particulier que l'Agence se donne pour objectif de veiller à ce que soit adoptée dans sa région une politique qui n'existe pas encore et dont les composantes et les impacts ne peuvent être évalués à l'heure actuelle. Ceci étant dit, il est clair que la FIQ suivra de près l'élaboration et la mise en œuvre de cette politique, tant au plan national que régional ou local, et qu'elle interviendra au besoin. Il en sera de même avec l'éventuelle mise en œuvre du projet de loi 67 visant la création de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, lequel trouvera certainement écho dans les intentions de l'Agence.

Par ailleurs, elle estime que de se préoccuper de la qualité ne doit pas être qu'un principe vertueux. Des mesures concrètes doivent être prises pour agir sur l'état actuel des choses; la situation dans les urgences en témoigne. Il doit donc y avoir une volonté claire et ferme de la part des décideuses-eurs et des gestionnaires. À ce titre, l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante ainsi que le recours aux heures supplémentaires obligatoires sont des exemples de pratiques qui prévalent actuellement dans le réseau public et qui compromettent directement la qualité des soins. Aussi, agir sur la qualité des soins et des services passe inévitablement par l'amélioration des conditions de travail et d'exercice des professionnelles en soins et par une organisation du travail adéquate. La Fédération et ses syndicats affiliés ne le rappelleront jamais assez.

Une gestion performante

En concordance avec la planification stratégique du MSSS d'améliorer la performance du système de santé, l'Agence se donne pour objectif, pendant la période 2010-2015, de mettre en œuvre le Plan régional pour l'optimisation de la gestion et de l'utilisation des ressources (document de consultation, p.59). « La pérennité du réseau montréalais sera assurée si nous réussissons à maîtriser la coordination des nombreuses activités, les flux et les échanges d'informations et les investissements en cohérence aux besoins. Il faut donc se recentrer sur le bénéficiaire des soins, les résultats et une recherche de performance. » (Document de consultation, p.21) C'est ainsi que l'on peut lire que les projets retenus dans le Plan devront viser l'utilisation efficace et efficiente des ressources humaines en pénurie, rejoindre le plus grand nombre d'usagers, assurer une utilisation rationnelle – économique – des ressources.

Encore une fois, les détails relatifs à un plan de cet ordre sont inconnus à l'heure actuelle. Qu'entend-on par optimisation de la gestion et de l'utilisation des ressources? Quels sont les critères permettant d'évaluer la notion de performance? La notion d'utilisation économique et rationnelle des ressources humaines en pénurie soulève à elle seule nombre d'interrogations, et surtout, d'inquiétudes. La FIQ et ses syndicats affiliés ne s'opposent pas à l'amélioration de la productivité et de l'efficacité. Elle n'estime toutefois pas que des méthodes de gestion inspirées de l'industrie automobile ou autre soient adaptables à la prestation de soins. Ces approches vont à l'encontre de la notion d'approche globale en santé et nient les différents niveaux d'intervention, en misant sur l'idée que l'on peut faire « plus avec moins ». Cette vision est souvent réductrice et le souci de performance se fait parfois dans une perspective financière, au détriment de la logique clinique fondée sur la qualité et la sécurité des soins et des services.

Selon la FIQ, l'organisation du travail est le principal levier pour agir sur la performance. Toutefois, celle-ci se traduit trop souvent en une augmentation de la cadence de travail ou une substitution de ressources.

Pour toutes ces raisons, il est fondamental que les syndicats et leurs membres participent aux projets en organisation du travail. Ils doivent être consultés, impliqués, et ce, dans des lieux conventionnés comme les comités de soins.

Conclusion

En réponse aux questions de consultation soumises par l'Agence, il est difficile, voire inopportun, d'accorder plus d'importance à une priorité plutôt qu'à une autre. Aux yeux de la FIQ, l'ensemble des actions doit être poursuivi de façon concomitante. En effet, l'amélioration de l'état de santé de la population montréalaise, la réponse à ses besoins, et surtout la bonification des soins et des services offerts dans la conjoncture qu'on connaît passe inévitablement par une mise en œuvre globale et intégrée d'un ensemble de mesures. Évidemment, la FIQ espère que les recommandations et suggestions qu'elle a soumises au regard de ces dernières seront prises en compte.

La Fédération s'attend à ce que la planification stratégique 2010-2015 proposée par l'Agence de Montréal donne lieu à des actions concrètes et à une réelle volonté d'agir de la part des décideurs et des gestionnaires, particulièrement en matière d'investissements financiers. À ce titre, la FIQ exige que l'Agence assume pleinement les responsabilités qui lui sont dévolues par la Loi sur les services de santé et les services sociaux en matière de gouvernance et de coordination des services sur son territoire. Pensons notamment au fait de veiller à la prestation sécuritaire des services, à assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines et financières mises à sa disposition, et d'intervenir auprès des établissements afin qu'ils favorisent la conclusion d'ententes de services répondant aux besoins de la population⁴⁰.

⁴⁰ Loi sur les services de santé et les services sociaux. L.R.Q., Chapitre S-4.2, article 340.

Parmi les priorités et les axes transversaux identifiés comme étant préoccupants pour la Fédération, voici résumés les principaux leviers sur lesquels nous jugeons essentiel de miser :

- Utiliser de façon optimale les compétences des professionnelles de soins en leur donnant le support nécessaire pour le faire, notamment auprès des personnes aux prises avec des problématiques de maladies chroniques ou de santé mentale ainsi que dans le contexte des services de 1^{re} ligne.
- Prendre des mesures pour contrer la privatisation des soins en hébergement de longue durée et favoriser les programmes de maintien à domicile par le biais d'un financement public.
- Améliorer l'offre de services publics afin d'assurer la pérennité du réseau de la santé, en restreignant le recours au privé comme moyen d'assurer l'accès aux services dans des délais acceptables.
- Adopter des mesures structurantes afin de réduire les délais d'attente dans les salles d'urgence.
- Prohiber le recours aux heures supplémentaires obligatoires et aux services des agences privées de placement en soins comme moyen de pallier la mauvaise organisation des services dans les établissements de santé, afin d'assurer des services de qualité à la population de même qu'une utilisation efficiente des ressources financières publiques.
- Poursuivre les travaux de planification de la main-d'œuvre afin de contribuer à la disponibilité des professionnelles de soins.
- Favoriser la circulation et la disponibilité de l'information clinique tout en s'assurant de leur confidentialité et de leur sécurité.

- Mettre en place des mesures d'attraction et de rétention efficaces pour les professionnelles en soins afin d'assurer la disponibilité de la main-d'œuvre requise, et ainsi contribuer à assurer des services de qualité à la population.
- S'assurer d'une gestion performante du système basée sur des modèles d'organisation du travail qui tient compte du contenu et du contexte du travail et qui implique les professionnelles elles-mêmes, notamment par le biais des comités de soins.

Enfin, la FIQ tient à rappeler que toute action et démarche qui sera poursuivie au cours des cinq prochaines années ne pourra se faire sans l'implication et la contribution des infirmières, infirmières auxiliaires et inhalothérapeutes et des syndicats dont elles sont membres. Il en va de leur mobilisation, et ultimement, de l'atteinte des objectifs proposés.