



**L'ASSOCIATION DU PERSONNEL D'ENCADREMENT DU RÉSEAU DE
LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (APERSSS).**

**MÉMOIRE SUR LE PROJET DE LOI 10, LOI MODIFIANT
L'ORGANISATION ET LA GOUVERNANCE DU RÉSEAU DE LA
SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NOTAMMENT PAR
L'ABOLITION DES AGENCES RÉGIONALES.**

M. Christian Samoisette, Président

Mme Franceen Alovise, Directrice générale

Me Anne-Marie Chiquette, Chef de contentieux

Novembre 2014

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	3
1. INTRODUCTION ET PRÉSENTATION	5
2. DEUX SYSTÈMES PARALLÈLES ET LA GESTION MÉDICALE	8
a. LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	
b. LE SYSTÈME MÉDICAL	
3. LE COÛT DES LIBÉRATIONS SYNDICALES	13
4. L'IMPORTANCE DE LA PREMIÈRE LIGNE, L'APPROCHE POPULATIONNELLE ET LE PATIENT	14
5. LA CAPACITÉ D'ABSORPTION DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LES CADRES	17
6. LES SOLUTIONS POSSIBLES	20

Sommaire

Nous identifions deux systèmes parallèles dans notre réseau de santé et de services sociaux.

Le premier système regroupant près de 260 000 personnes employées du réseau et qui sont gérées selon des exigences et des critères stricts à suivre et qui ont des redditions de compte à rendre.

Le deuxième système regroupant 20 000 médecins et médecins spécialistes qui ne sont pas des employés du réseau, mais des travailleurs autonomes et qui ne sont pas soumis aux mêmes règles et exigences que les autres travailleurs du réseau ce, sans reddition de compte à rendre. Ces derniers devraient être soumis aux mêmes critères.

D'autre part, **les médecins ne devraient plus être considérés comme des travailleurs autonomes**, mais plutôt comme des employés du réseau. Si ceux-ci répondent véritablement au sens de plusieurs lois du travail, notamment la *Loi de l'impôt sur le revenu*, d'importantes sommes d'argent **récurrentes** pourraient être récupérées par le gouvernement.

Également, nous estimons **que la prime que les médecins reçoivent pour de nouveaux patients devrait être éliminée**. L'objectif visé par cette prime n'ayant pas atteint le but visé lors de sa création, soit la prise en charge de patients supplémentaires.

Par ailleurs, nous croyons que le système de la santé et des services sociaux devrait relever d'un organisme comme *L'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS)*, et être dépolitisé.

Finalement, sur ce premier sujet, nous croyons que la délégation des actes médicaux, prévue à **la Loi 90, devrait être mise en application de façon beaucoup plus rigoureuse**, ce que le projet de Loi 10 ne prévoit pas.

Sans vouloir limiter l'exercice de la liberté syndicale, nous croyons que **le gouvernement pourrait récupérer plus de 30 millions de dollars annuellement de façon récurrente s'il faisait preuve de moins de générosité à l'égard du paiement des libérations syndicales aux centrales syndicales**. Les centrales syndicales auraient tout autant les mêmes droits et liberté syndicale en les assumant à même les cotisations de leurs membres, ce qui est la norme dans l'entreprise privée.

La dernière **réforme de 2004** a vu la création des CSSS. Nous sommes en mesure d'affirmer que dans plusieurs de ceux-ci, **la cohésion complète n'est pas encore chose faite**.

L'idée de fusionner des établissements aux missions très différentes peut sembler simple et efficace sur papier, mais dans la réalité, il est beaucoup plus difficile d'arrimer des employés, professionnels et médecins que les établissements eux même.

Les CSSS, dans leur forme actuelle sont déjà trop loin des patients et leur taille a comme effet pervers de déshumaniser le réseau. **En voulant agrandir à nouveau ces structures, nous nous éloignerons encore plus des patients, des centres décisionnels et nous éliminerons tout ce qui a été bâti en services de première ligne depuis des décennies**

Nous estimons qu'il est **impératif d'investir davantage dans les services de première ligne** afin de désengorger les hôpitaux, diminuer les coûts, augmenter l'efficacité des services tout en considérant l'apport de l'aide au maintien à domicile.

Nous jugeons que **le système de nomination, par le ministre, des PDG, des PDGA et de plusieurs membres des CA n'assurera pas une continuité des soins et des services.** Tout changement de gouvernement entraînera inévitablement de nouveaux acteurs à ces postes. Il faut calculer qu'un changement organisationnel prend sept ans avant de se mettre en place et de fonctionner efficacement. Le réseau risque de se voir pris dans une mécanique de gestion du changement de façon quasi permanente.

Malmenés depuis 30 ans par les médias, les syndicats (employés, médecins), les cadres du réseau ont toujours démontré (et démontrent toujours) qu'ils sont capables d'assurer la mise en place des diverses réformes que le réseau a mis sur pied. **Les cadres ont encaissé plusieurs compressions et ils ont agi comme on leur demandait. Ils ont porté à tort la responsabilité de bien des problèmes qui relèvent du système médical.**

Actuellement, ils **sont maintenus dans l'ignorance de leur lendemain en plus de subir des rétrogradations salariales pour nombre d'entre eux.** Ajouter à cela l'implication que l'on exigera d'eux, lors des prochaines négociations syndicales dans le réseau et la gestion probable du dossier de l'Ébola, de celui de la grippe saisonnière en plus de la gestion des établissements et de leurs employés au quotidien. Vous comprendrez que le réseau n'a pas actuellement la capacité d'absorber, pendant des années, la gestion et l'intégration d'une nouvelle réforme surtout de l'ampleur proposée par le projet de Loi 10. **Les cadres seront au service de la mise en place de la structure au lieu d'être au service du patient.**

Plusieurs solutions peuvent être envisagées pour chacun des points soulevés ci-haut. Ces solutions sont présentées plus à fond dans le mémoire qui suit.

1. INTRODUCTION ET PRÉSENTATION

L'APER tient à vous remercier de l'opportunité qui lui est donnée de vous transmettre, aux noms de ses membres, ses réflexions relatives au projet de Loi 10, *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du Réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*.

L'APER santé et services sociaux (APER) est une association de cadres constituée en vertu de la Loi sur les syndicats professionnels, S.R.Q. 1964, chapitre 146 et les modifications subséquentes. Le Ministre des institutions financières, compagnies et coopératives a autorisé la constitution du syndicat le 23 mars 1973 et la publication dans la Gazette Officielle en a été faite le 5 mai 1973.

Notre Association regroupe plus de 1500 cadres intermédiaires et supérieurs œuvrant au sein de notre réseau auprès des Centres Jeunesse, des CHU (Ste-Justine, CHUM et CUSM), des CHA (Maisonnette-Rosemont, Hôpital Général Juif), des CSSS, des Agences et autres établissements privés conventionnés.

La mission de l'APER est de représenter et de défendre le personnel d'encadrement du réseau de la santé et de services sociaux du Québec.

LES VALEURS DE L'APER:

Action: Être reconnu pour son professionnalisme et sa capacité à obtenir des résultats pour les membres sont les mesures de succès et de réussite de l'APER.

Cohésion : l'équipe de APER est proactive, engagée et axée sur la qualité de son service.

Concertation: Lors de la résolution d'un différend, l'APER favorise une approche gagnant-gagnant.

Expertise: Une association légalement reconnue, l'APER se démarque par sa connaissance approfondie en droit du travail et sa maîtrise des exigences du réseau de la santé et des services sociaux.

Solidarité: L'APER réunit les cadres de la santé et des services sociaux du Québec.

Sans détour et sans compromis, cela fait donc 41 ans que l'APER vit au rythme des cadres du réseau de la santé et des services sociaux.

De la naissance de la **Loi sur les services de santé et les services sociaux** dans les années 70, la création du **Ministère de la santé et des services sociaux**, en passant

par la reconnaissance des multiples professions, de l'avancée du rôle et du statut d'infirmière, de la création des **CRSSS**, des **CSSS**, des **régies régionales**, des agences de développement régional de la santé et des services sociaux et finalement des agences actuelles, l'APER a été un partenaire important dans l'élaboration des conditions de travail, de rémunération, d'assurance, de retraite et globalement de la reconnaissance de la profession de cadre et de gestionnaire ainsi que de la mise en place de ce réseau dont nous sommes fiers.

Comment oublier toutes les réformes auxquelles les cadres ont été conviés au cours des 40 dernières années. On ne peut passer sous silence :

- Le rapport Rochon
- Les OSIS
- La décentralisation et la désinstitutionalisation
- L'organisation centrale de la santé publique
- Les fermetures et les fusions forcées d'hôpitaux
- Le virage ambulatoire
- Les mises à la retraite massives et le déficit zéro de 1997 et ses suites
- La création des CHU, des CHA, des instituts universitaires
- La création des RUIS
- Le rapport Clair
- Le renouveau et l'expansion des autres professions de la santé
- La création et la mise en place des CSSS
- La gestion participative, la gestion *Lean*, la gestion *optimale*, la gestion *Plaintree*, la gestion par programmes, la gestion Toyota...
- Sans passer sous silence, nombre de réorganisations administratives, restructurations et compressions budgétaires locales, régionales et provinciales

Les cadres ont été les **acteurs principaux** de la mise en place de ces diverses réformes imposées à notre réseau au cours des 40 dernières années.

Il va sans dire que toute réforme du système de santé et de services sociaux au Québec ne peut se faire sans les cadres, sans leur expertise, sans leur apport et surtout, sans leur leadership.

C'est d'ailleurs le premier message transmis par l'APER directement au Ministre de la Santé et des Services sociaux lors d'une rencontre le 26 août dernier en lui soulignant l'importance de la communication et de la transparence quant à la planification et la mise en place d'une réforme.

Malheureusement, à l'heure actuelle, les dirigeants et cadres du réseau de la santé et des services sociaux ne sont pas informés des étapes prévues de la mise en place de la réforme. Les maintenir dans l'ignorance est l'assurance d'augmenter leur niveau de stress et leurs craintes tout en s'assurant, par la même occasion, de limiter leurs critiques et leurs commentaires sur le projet de Loi.

À l'heure actuelle, et malgré l'ampleur des changements proposés, seul un petit groupe restreint de personnes sont informées des mesures d'implantation de la réforme et du futur statut des dirigeants, directeurs et cadres actuels.

Il y a donc, minimalement, 12 000 personnes au Québec qui ne savent pas ce que leur avenir professionnel leur réserve et qui sont inquiets pour leurs lendemains

En outre, l'attitude cavalière ayant mené à la rétrogradation de nombreux cadres, à la diminution illégale et abusive de leur classe et de leur salaire depuis le printemps, n'aura pas l'effet d'encourager les cadres à prendre fait et cause pour le Ministre dans l'implantation de la future réforme. Disons que pour la mobilisation autour du projet ministériel, c'est plutôt bien mal parti !

Nos manières de faire à l'association, où nous priorisons les rencontres de cadre dans leur environnement de travail, nous obligent à avoir une perspective « terrain » des enjeux de notre réseau de santé et de services sociaux au quotidien.

L'APER a toujours été un témoin quotidien du travail des cadres dans les divers établissements de notre réseau.

Nous sommes tout à fait conscients des moyens réduits de nos finances publiques et des besoins grandissants de la population. Nous comprenons aussi l'énorme défi qui s'en vient du fait de la réduction de l'augmentation des transferts canadiens en santé qui débutera à compter de l'année financière 2017-2018.

Cette décision du gouvernement fédéral entraînera des augmentations substantielles du coût des assurances collectives pour nos membres puisque le gouvernement du Québec n'aura plus le choix que de diminuer le choix des services offerts à la population.

Ces états de fait nous obligent tous à réfléchir quant aux mesures possibles afin de revenir à un équilibre budgétaire, mais ***nous ne croyons pas que d'investir temps, énergie et argent dans une réforme structurelle de l'ampleur proposée par le projet de Loi 10 va permettre d'atteindre ce but*** comme nous tenterons de vous le démontrer dans le présent Mémoire.

2. DEUX SYSTÈMES PARALLÈLES ET LA GESTION MÉDICALE

Comme mentionné préalablement, l'APER a été un témoin et un partenaire terrain des réformes de notre réseau de la santé et des services sociaux ce, depuis 41 ans. Nous sommes donc à même de vous donner une idée claire de ce qui se passe lors d'une réforme.

Tout d'abord, mentionnons qu'il existe **deux (2) systèmes parallèles** dans notre réseau :

- A. Le système de santé et des services sociaux** qui regroupe l'ensemble du personnel des établissements de santé et de services sociaux, ce qui veut dire, selon les dernières statistiques du MSSS, plus ou moins 216 000 équivalents temps complets (ETP) donc possiblement plus ou moins 260 000 personnes qui œuvrent à temps partiel ou à temps complet dans notre réseau. **Ces personnes sont toutes des employées de ce réseau.**

En étant des employés du réseau, ils ont des règles strictes à suivre, une charge de travail déterminée, des évaluations annuelles et des redditions de compte à faire auprès de leurs employeurs respectifs. Tous les professionnels (pharmacien, physiothérapeute, psychologue, sage-femme, avocat, architecte, infirmière, ingénieur, menuisier, cuisinier...) et leurs cadres sont obligés de rendre des comptes quotidiennement sur la qualité, la sécurité et l'efficiencia des services rendus.

B. Le système médical qui regroupe près de 20 000 médecins et médecins spécialistes **qui ne sont pas des employés du réseau de la santé et des services sociaux,** mais plutôt des **travailleurs autonomes.**

Puisque les médecins sont considérés comme « travailleurs autonomes », les établissements **n'ont aucun pouvoir de gestion à leur égard.**

Donc, les établissements ne peuvent, à l'instar des autres employés, encadrer et gérer certains problèmes et certains comportements, dont les suivants, à titre d'exemple, que l'on retrouve dans nos établissements :

- Non-respect des horaires, retards ;
- Non-respect pour le matériel offert par le réseau ;
- Manque de savoir-être et irrespect à l'endroit des autres professionnels ou des employés du réseau, allant jusqu'à des actes de violences ;
- Attitude belliqueuse quand ils n'obtiennent pas ce qu'ils demandent ;
- Surutilisation de tests diagnostiques ;
- Etc.

Certes, nous ne parlons pas de tous les médecins, mais ces derniers ne sont pas différents des autres employés du réseau et peuvent présenter ces problèmes.

Les médecins dans notre système de santé ne sont pas encadrés, ils n'ont aucune reddition de compte à faire quant à leur charge de travail, leur disponibilité, leur comportement et attitude et ils ne sont pas évalués annuellement sur ces sujets.

Il est plus que temps au Québec de se demander pourquoi les médecins n'auraient pas les mêmes obligations professionnelles que tous les autres professionnels et employés du réseau de la santé et des services sociaux et du reste de la province.

De se demander aussi pourquoi cela fait 40 ans qu'on impose des réformes de gestion et de structure alors qu'en 40 ans, il n'y a eu aucune réforme touchant ou concernant les médecins.

Qui plus est, les médecins n'étant pas des employés du réseau, ils en ont une connaissance parcellaire puisque n'y étant pas partie prenante.

Leur vision et leur compréhension sont celles d'un travailleur autonome, travaillant en satellite, sans vraiment comprendre tout ce que comporte la gestion des établissements de notre réseau qui fonctionnent, 24 heures sur 24 heures, 365 jours par année et sa très grande complexité.

En outre, les médecins ne sont pas nécessairement tous formés pour être des gestionnaires et des cadres. La crédibilité et l'expertise dans un domaine ne se transfère pas nécessairement dans un autre domaine.

Il est faux de croire que les médecins sont automatiquement des gestionnaires et sont capables de gérer efficacement. Leur expertise est médicale alors que celle des gestionnaires et des cadres est dans la gestion.

Malheureusement, c'est souvent avec cette incompréhension du système de santé et des services sociaux que les divers Ministres de la Santé et des Services sociaux, avec tout le respect qu'on leur doit, ont pris des décisions afin de modifier les structures du système sans pour autant toucher au système médical.

Tous les employés, professionnels et cadres du réseau de la santé et des services sociaux veulent vous exprimer qu'ils reçoivent quotidiennement des lettres de remerciement des patients et des clients qu'ils ont servis. Le courrier des lecteurs et les lettres ouvertes abondent aussi dans ce sens : **une fois entrés dans le système de santé et de services sociaux, les Québécois sont satisfaits des services reçus.**

En outre, les données probantes internationales ont démontré clairement l'efficacité et l'efficience de notre système de santé et de services sociaux.

On peut toujours s'améliorer...mais le problème est où ?

➤ Statut des médecins

En ce qui concerne leur statut de « travailleur autonome » que le gouvernement leur a octroyé, il est clair, selon la jurisprudence actuelle et la fiscalité, que ce statut ne tient pas la route.

Ainsi, on leur maintient un statut de travailleur autonome même lorsqu'ils travaillent dans un établissement, ceci allant à l'encontre de la jurisprudence actuelle en regard de la définition « d'employé ».

Il est clair, selon nous, que les médecins lorsqu'ils travaillent dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux sont des employés au sens des lois et plus particulièrement, au sens de la *Loi de l'impôt sur le revenu*.

Selon nos estimations conservatrices, en modifiant le statut des médecins travaillant dans les établissements à un statut d'employé, Revenu Québec pourrait récupérer fiscalement une somme approximative de **130 millions de dollars par année de façon récurrente**.

Il va sans dire que les médecins sont des acteurs importants de notre réseau, mais ils ne peuvent, à cause leur statut de travailleur autonome, être gérés au même titre que tous les autres professionnels tels les chimistes, psychologues, physiothérapeutes, infirmières, sages-femmes, avocats et autres.

Qui plus est, le fait d'être un employé de l'établissement dans lequel ils œuvrent permettrait, au même titre que tous les autres professionnels, d'exiger un nombre de dossiers et/ou patients, une évaluation professionnelle et l'obligation d'une quelconque forme de redditions de compte.

Cette façon de faire aurait, selon nous, un impact évident et important sur la diminution des listes d'attente pour avoir un médecin de famille et sur la gestion des urgences, entre autres.

Ceci aurait également comme avantage de permettre aux médecins de mieux comprendre le système de santé et de services sociaux, son fonctionnement, ses exigences et le fait qu'ils font partie d'une collectivité de professionnels tout aussi importants qu'eux dans le fonctionnement de notre système de santé et de services sociaux.

Nous devons collectivement, au Québec, déboulonner le statut particulier que nous avons donné à nos médecins. Ils sont, sans contredit, des acteurs importants, mais ils sont loin d'être les seuls dans une gestion collective de la santé et des services sociaux.

Ajoutons également que nous trouvons « **particulier** » d'offrir une prime par nouveau patient, en sus des honoraires, aux médecins puisque ceux-ci détiennent une clientèle captive placée sur des listes d'attente qui n'en finissent plus.

Contrairement aux autres travailleurs autonomes du Québec, les médecins n'ont aucune dépense de publicité à faire afin d'attirer de la clientèle. Les buts recherchés par l'octroi de primes n'ont malheureusement pas été atteints. Ils ont plutôt eu l'effet inverse.

Donc, en annulant cette prime, le Québec économiserait annuellement, selon nos estimations en fonction du nombre d'omnipraticiens actifs, **400 millions de dollars de façon récurrente.**

Nous saluons les ententes intervenues avec les syndicats de médecin, mais nous ne pouvons nous joindre à l'enthousiasme collectif à leur égard. En effet, ici nous parlons d'étalement d'augmentations salariales et non de gel et de coupures de salaires tels que les cadres et les autres employés du réseau ont subi depuis les années 80. Ajoutons que nos cadres et autres professionnels du réseau ne sont pas, eux non plus, à parité salariale avec leurs homologues des autres provinces du Canada.

PROPOSITION : Obliger les médecins à signer un contrat de travail de quatre (4) ans, renouvelable, avec les établissements en ayant l'obligation d'être encadrés comme tout autre professionnel du réseau.

Nous laisserons à l'expertise de Revenu du Québec de déterminer le statut d'employé ou de travailleur autonome des médecins à contrat.

Éliminer la prime octroyée aux médecins puisque la démonstration a été clairement faite (données probantes à l'appui) que l'exercice n'a pas donné les résultats souhaités, bien au contraire.

Que le système de la santé et des services sociaux relève d'un organisme comme l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) et soit dépolitisé

Dans quatre (4) ans, le MSSS pourra évaluer, avec données probantes, si cette proposition aura eu un effet positif sur les finances de l'état et jusqu'à quel niveau.

➤ Délégation des actes médicaux (Loi 90)

Il devient impératif de déléguer des actes médicaux à d'autres professionnels afin de diminuer le « monopole » médical et afin d'assurer une meilleure panoplie de services directs à la population.

Ainsi les pharmaciens, physiothérapeutes, infirmières et infirmières praticiennes, sages-femmes, psychologues et autres pourraient aisément accomplir les actes médicaux pour lesquels ils ont été formés.

Malgré l'adoption de la **Loi 90** sur la délégation des actes médicaux entrée en vigueur en 2002, bien peu d'actes médicaux ont été délégués aux autres professionnels de la santé.

Il est clair qu'il faut plus qu'une loi, mais aussi la volonté claire du Ministre de s'assurer d'une plus grande délégation des actes médicaux aux autres professionnels.

Malheureusement, le *projet de Loi 10*, ne prévoit aucune modalité afin d'assurer la délégation des actes médicaux aux autres professionnels de la santé, bien au contraire.

La population respecte ces professionnels et apprécierait être servie par ceux-ci dans un contexte de proximité et de plus grande accessibilité.

À titre d'exemple, mentionnons que le *projet de Loi 10* ne prévoit pas la présence obligatoire (comme dans les CSSS ayant des maisons de naissance) d'une **représentante du conseil des sages-femmes** comme cela existait auparavant.

Comment expliquer que les finissantes sages-femmes de cette année seront au chômage alors que la population du Québec est en demande criante pour les services d'une sage-femme ?

Nous devrions d'abord nous assurer de l'application intégrale de la *Loi 90* et nous assurer la délégation des actes médicaux à nos professionnels qui sont extrêmement compétents et formés pour le faire.

3. LE COÛT DES LIBÉRATIONS SYNDICALES

Loin de nous l'idée de limiter l'exercice de la liberté d'association syndicale des employés du réseau de la santé et des services sociaux.

Par contre, dans un contexte où les finances du Québec sont dans un état critique, nous considérons que la « générosité » gouvernementale à l'égard du paiement des libérations syndicales aux centrales syndicales devient exagérée.

En effet, suite à une demande d'accès auprès du MSSS, nous avons obtenu le montant versé par le gouvernement pour le coût des libérations syndicales dans le réseau de la santé et des services sociaux qui s'élevait à 47,9 millions de dollars pour l'année 2012-2013 seulement. De cette somme, les syndicats devaient rembourser 17 millions de dollars.

Il demeure que près de **30 millions de dollars** annuellement sont versés par le gouvernement. Même si cette somme n'était pas versée, les syndicats auraient tout autant les mêmes droits et la liberté d'association syndicale en les assumant à même les cotisations qu'ils perçoivent de leurs membres. C'est d'ailleurs ce qui se fait généralement dans l'entreprise privée.

Sur une période de dix ans, cela représente une économie de plus de 300 millions de dollars et aurait pour effet d'amener les syndicats à réfléchir sur le côté essentiel de toute et chacune des libérations syndicales actuellement octroyées.

4. L'IMPORTANCE DE LA PREMIÈRE LIGNE, L'APPROCHE POPULATIONNELLE ET LE PATIENT

La dernière réforme de notre réseau en 2004 a vu la création des CSSS et nous sommes en mesure de vous dire que dans plusieurs de ceux-ci, la cohésion complète n'est pas encore chose faite. C'est encore d'ailleurs encore le lot de bien des établissements fusionnés il y a 20 ans !

CE N'EST PAS PARCE QU'ON FUSIONNE DES ENTITÉS QUE LES GENS À L'INTERNE VONT SE PARLER ET COLLABORER ENSEMBLE.

La réforme de 2004 fut une réforme importante du système de santé et des services sociaux ayant pour but d'aider les divers types d'établissements à mieux communiquer entre eux pour pouvoir développer un meilleur corridor de services pour le patient.

Le but était aussi de connaître la population du territoire desservi afin de développer une meilleure approche populationnelle et créer des corridors de service appropriés pour cette population.

Il faut comprendre que l'idée de fusionner des établissements aux missions très différentes peut paraître simple et efficace sur papier, mais dans la pratique terrain, c'est beaucoup plus difficile d'arrimer des employés, professionnels et médecins de ces établissements que les établissements eux-mêmes.

Certains CSSS ont réussi à transcender la notion de leur établissement d'origine pour créer et rêver d'un seul établissement. Pour y arriver, il faut des années de travail, de leadership, de conviction et de vision des dirigeants, des cadres et des administrateurs des conseils d'administration de ces CSSS.

Ces administrateurs de conseil d'administration qui ont relevé le défi demandé par le Ministre Couillard, qui ont investi temps et énergie bénévolement pendant des années afin de créer un organisme central de santé et de services sociaux qui assurerait des services pour leur communauté, ces gens ont appris par le biais du projet de Loi 10 que leur mandat se terminerait le 31 mars 2015 et ceci, sans autre forme de remerciement ou de reconnaissance.

Bien au contraire, le projet de Loi 10 vient clairement leur faire comprendre qu'ils ont peu d'importance dans l'avenir de leur réseau de la santé et des services sociaux.

Notre expérience terrain auprès de nos membres en CSSS, nous a aussi démontré que lorsqu'il y a un centre hospitalier au sein du CSSS, le financement des services de première ligne, même avec des enveloppes financières dédiées, est largement diminué au profit du centre hospitalier afin d'équilibrer le budget du CSSS.

Le CSSS de la Montagne est un CSSS, institut universitaire, spécialisé dans les services de première ligne dans un des secteurs le plus peuplé et diversifié du Québec. Les analyses, faites par ce CSSS, ont toutes clairement démontré que l'investissement en première ligne est extrêmement rentable tant pour la clientèle que pour le coût de financement de notre réseau.

Par exemple, le CSSS de la Montagne a mis en place des partenariats publics/privés communautaires, telles les « *Maisons bleues* » qui ont permis d'aller chercher les clientèles les plus vulnérables de notre société afin d'agir en prévention et assurant ainsi, une meilleure efficacité des coûts d'intervention. Ce qui a pour effet de diminuer d'autant les factures potentielles reliées à des hospitalisations

Cette initiative a aussi permis de ramener les professionnels de la santé, incluant les médecins, vers les patients et non ceux-ci vers les établissements.

En outre, l'idée d'un partenariat avec un organisme communautaire permet de mieux comprendre les enjeux sociaux et médicaux d'une population déterminée puisqu'ils sont plus à même de les connaître étant eux-mêmes directement sur le terrain.

Nous en sommes à un point charnière où nous nous devons d'investir de façon importante dans les services de première ligne. Nous devons être en mesure de rediriger les patients, d'abord, vers ces services de première ligne afin de désengorger les hôpitaux, de diminuer les coûts et augmenter l'efficacité sans oublier la nécessité de l'aide au maintien à domicile, dont l'efficacité et le rapport coûts-bénéfices ne sont plus à démontrer.

D'ailleurs, la coroner Me Catherine Rudel-Tessier dans son rapport d'enquête du 16 janvier 2014 faisant suite au décès d'un poupon, a recommandé au Ministre de la Santé et des Services sociaux de « ***réfléchir à la meilleure façon d'intégrer les services de première ligne afin de tenter de briser l'isolement des intervenants et de permettre à une personne vulnérable de recevoir les soins particuliers dont elle peut avoir besoin dans un contexte d'interdisciplinarité.*** »

Cette enquête a aussi le mérite de démontrer que les CSSS ayant un centre hospitalier n'ont pas les moyens (à cause de l'hôpital), de financer correctement les services de première ligne.

Elle démontre aussi clairement que la grosseur des CSSS a entraîné une problématique de cohésion de services et de communication entre les divers intervenants dans un même dossier.

Les CSSS dans leur grandeur actuelle sont déjà trop loin des patients et leur grosseur a comme effet pervers de déshumaniser notre réseau. Il ne suffit que de constater l'ampleur

du territoire à desservir des CSSS pour comprendre qu'un intervenant est maintenant beaucoup trop loin de ses patients, de ses collègues et de ses mentors.

En voulant agrandir à nouveau ces structures comme prévu par le *projet de Loi 10*, nous nous éloignerons encore plus des patients et nous éliminerons ce qui a été bâti en services de première ligne. Il faudra oublier l'approche populationnelle, car les territoires seront beaucoup trop grands et trop diversifiés. Sans compter que les centres décisionnels se trouveront d'emblée loin des acteurs du terrain.

Prenons à titre d'exemple le CISSS de la Montérégie qui fait à lui seul plus de 12 000 km² avec la dynamique de villes, de villages, de banlieues et de campagne, il est impensable d'être en mesure d'avoir rapidement une idée des besoins de la population sur un territoire aussi varié qu'étendu..

Ces étendues énormes des lieux géographiques feront que les cadres seront encore moins présents auprès de leurs équipes d'employés. Comment voulez-vous de façon réaliste être en mesure de superviser du personnel dans deux ou trois établissements, parfois très éloignés les uns des autres, en même temps.

En matière de gestion, il s'agit d'une orientation qui est contraire aux bonnes pratiques admises d'autant plus que le Ministre a annoncé l'abolition de 1300 postes de cadres. Il y aura donc moins de cadres pour faire le travail.

Le *projet de Loi 10* facilite certes le travail du Ministre puisqu'il n'aura à l'avenir qu'une vingtaine de PDG « à gérer », mais il rend impossible et irréaliste la gestion interne du CISSS tel que proposé.

D'ailleurs, la nomination des PDG et des membres de conseil d'administration par le MSSS n'assurera pas une continuité des soins et des services. Un changement de gouvernement entrainera forcément un changement des personnes en place, ce qui ne facilitera aucunement l'application des orientations à l'interne de CISSS, puisqu'on calcule qu'un changement organisationnel prend sept (7) ans avant de se mettre en place efficacement. Imaginez si les gouvernements se succèdent rapidement...

Le réseau de la santé et des services sociaux sera donc aux prises, de façon presque permanente, à gérer les changements de culture organisationnelle qui seront inévitablement amenés par le changement de PDG. Il faudra temps, argent et énergie pour gérer continuellement ces changements, temps, argent et énergie qui ne serviront pas aux services directs aux patients.

Les CSSS ont mis plusieurs années à s'organiser et se structurer. De plus, cette structuration s'est faite dans la décroissance financière. Les changements proposés sont encore plus gros, avec moins de cadres et des coupures budgétaires plus élevées. Il est illusoire de penser que les services aux patients ne seront pas touchés.

En outre, du fait que les PDG et les PDGA ainsi que plusieurs membres des CA seront nommés directement par le Ministre, celui-ci se met en position d'être juge et partie. Les PDG, PDGA et membres de CA ainsi nommés ne pourront pas se permettre de confronter certaines décisions ministérielles et ce, même s'il s'agit du meilleur intérêt de la région et de sa population.

5. LA CAPACITÉ D'ABSORPTION DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LES CADRES

Avant même de pouvoir imposer quelque réforme que ce soit dans le réseau de la santé et des services sociaux, les députés et les ministres doivent, moralement, se demander si le réseau a la capacité d'absorber cette énième et nouvelle réforme considérant son ampleur et le contexte dans lequel elle devra s'exercer.

Il est important de mentionner que toute réforme d'un système (et la doctrine en gestion est limpide à cet égard), doit passer obligatoirement par les cadres et gestionnaires. Ceux-ci sont au cœur des changements exigés et responsables de la réussite. Ils en sont la cheville ouvrière.

Bien malmenés depuis 30 ans, tant par les médias que par les divers syndicats (employés et médecins), les cadres de notre réseau ont quand même démontré (et démontrent toujours !) qu'ils sont capables d'assurer la mise en place des diverses réformes que notre réseau a subies.

Les gouvernements successifs ont procédé à des compressions importantes au cours des dernières années sans pour autant se poser les questions essentielles, comme la Commission sur la révision des programmes les pose aujourd'hui, à savoir si le Québec a les moyens financiers de se payer tous les services de santé et de services sociaux qui se sont « créés » depuis 40 ans.

Les cadres ont « encaissé » ces compressions et ils ont agi comme on leur demandait sachant pertinemment qu'ils seraient visés comme « incompetents » par les médias et divers syndicats quant à des diminutions et/ou « coupures » de services. Ils ont porté à tort la responsabilité de bien des problèmes qui relèvent plus du « système médical » dont nous avons fait mention en début de Mémoire.

Au cours des dernières années, on a dénoncé à grands cris l'explosion du nombre de cadres dans notre réseau. Qu'en est-il réellement selon les statistiques du MSSS ? Le ratio cadre-employés à même **diminué**, comme le démontre le tableau suivant :

	1995-1996	2011-2012
EMPLOYÉS :	158 385	208 102
CADRES :	10 974	11 843
TOTAL :	169 359	219 945

Comme déjà mentionné préalablement, le MSSS, au printemps dernier a rétrogradé des milliers de cadres en syndiqués et/ou employés non syndiqués. Il a aussi diminué de façon cavalière et importante le salaire de nombreux de cadres dans notre réseau. Il a aussi exigé l'abolition de 1300 postes de cadres.

Malgré nos demandes répétées de communication et de transparence des processus, tous les dirigeants et cadres du réseau actuel (sauf les quelques dirigeants déjà « nommés » PDG et PDGS) ne savent rien de leur avenir professionnel. Le niveau de stress, de découragement, d'anxiété et de désillusion est particulièrement élevé auprès de ceux-ci et n'est pas propice à la gestion du changement nécessaire selon la nouvelle réforme.

On n'a que faire de leur opinion et leurs commentaires, on préfère les tenir silencieux en les laissant « en attente » de savoir et de connaître leur avenir, s'ils en auront un.

Les négociations des multiples conventions collectives avec les quelques 200,000 employés du réseau ont débuté et seront particulièrement ardues dans un contexte de réforme et de compressions budgétaires importantes. En plus de la négociation comme telle, il faudra aussi, par la suite, procéder à la fusion des multiples accréditations syndicales de chacun des établissements actuels, ce qui va demander des années de travail.

Les cadres participent activement à la négociation des conventions collectives et prennent le relais lorsqu'il y a grève du personnel dans les établissements. Historiquement, ces négociations prennent habituellement de 24 à 30 mois avant de se conclure.

Les cadres devront aussi s'investir de façon importante dans la gestion des ententes locales (pour chacun des établissements actuels et avec chacun des syndicats en place) et celles-ci dureront plusieurs mois.

Ajouter à tout cela la gestion probable du dossier du « virus de l'Ebola » et de la grippe saisonnière en plus de la gestion quotidienne des établissements et des employés et **vous comprendrez aisément que le réseau actuellement n'a pas la capacité d'absorber, pendant des années, la gestion et l'intégration d'une nouvelle réforme surtout de l'ampleur proposée par le projet de Loi 10.**

Vous avez le devoir, tout groupe politique confondu, d'exiger les avis et l'opinion de nos dirigeants, administrateurs, cadres et experts de la gestion des entreprises publiques, avant de procéder à une réforme de cette ampleur sachant qu'il existe actuellement des données scientifiques qui démontrent qu'elle ne donnera pas les résultats d'efficience, de coûts et de services aux patients escomptés.

Comme mentionné préalablement, l'APER a été un témoin et un partenaire terrain des réformes de notre réseau de la santé et des services sociaux depuis 41 ans. Nous avons aussi été un partenaire du MSSS lors de ces diverses réformes.

Depuis le 25 septembre dernier, nous avons parlé aux dirigeants, aux cadres, aux administrateurs de conseil d'administration, aux syndicats, aux médecins, au personnel de notre réseau et ils sont unanimes à dire que **le réseau actuel n'a pas la capacité d'absorber l'ampleur de cette réforme.**

Nous répétons en leur nom : le réseau actuel n'a pas la capacité d'absorber l'ampleur de cette réforme.

En outre, le *projet de Loi 10* ne tient pas compte des réalités du droit et des relations du travail, ainsi :

- Qu'arrivera-t-il d'un employé ou d'un cadre dont le poste est aboli ou qui est congédié d'un CISSS ? Il devra changer de région administrative pour se trouver un emploi ?
- Est-ce que les cadres et employés seront interchangeables dans le CISSS, ce qui impliquerait qu'ils pourraient demeurer à des centaines de kilomètres de leur endroit de travail, mais toujours dans le même CISSS, du jour au lendemain ?
- Le projet de Loi ne tient pas compte de la particularité des commissaires locaux aux plaintes. Il est impossible pour ces commissaires de faire un travail d'évaluation réelle considérant la grandeur du territoire, les particularités de chacun des établissements et leur nombre.

6. LES SOLUTIONS POSSIBLES

- Avant toute réforme des structures, changer le « système médical » en obligeant les médecins à détenir un contrat de travail de 4 ans renouvelable avec les établissements en ayant l'obligation d'être encadrés au même titre que tout autre professionnel du réseau. Dans quatre (4) ans, procéder à l'évaluation de l'efficacité et l'efficience tant au niveau de l'accessibilité à un médecin de famille, que le temps d'attente aux urgences que les listes d'attente en chirurgie. Trois (3) problèmes en grande partie « médicaux » ne pouvant pas être gérés par les cadres du réseau à l'heure actuelle.
- Éliminer la prime octroyée aux médecins puisque la démonstration a été clairement faite (données probantes à l'appui) que l'exercice n'a pas donné les résultats souhaités, bien au contraire.
- Créer un comité en vue de l'étude des modèles possibles de financement des médecins.
- Éliminer ou réduire le financement des libérations syndicales assumées par les employeurs.
- Élargir et assurer la délégation de tous les actes médicaux possibles aux autres professionnels de la santé et des services sociaux, comme prévu à la Loi 90.
- Établir et négocier pour tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux une entente d'achat de médicaments regroupé auprès des compagnies pharmaceutiques comme les autres provinces canadiennes.
- Expérimenter partiellement la réforme prévue au *projet de Loi 10* en débutant par :
 - l'octroi aux agences actuelles de pouvoirs accrus leur permettant de mettre en place pour leur région respective des mesures obligatoires d'achats regroupés ;
 - le pouvoir de mettre en place un seul système de paye central pour tous les établissements ;
 - une direction unifiée pour tous les établissements concernant l'entretien immobilier, la négociation et la gestion des baux et la gestion informatique.
- L'évaluation de l'efficacité et de l'efficience de la mise en place partielle de la réforme dans les territoires de chacune des agences serait encadrée directement par le Ministre qui aurait les pouvoirs d'imposer des pénalités aux établissements récalcitrants.
- Cette réforme partielle aurait comme avantage de ne pas toucher aux services qui sont en lien direct avec les patients.
- Cette réforme partielle aurait comme avantage de permettre aux dirigeants et cadres actuels de la mettre en place graduellement et dans les respects des priorités. Ce qui assurerait le maintien des services aux patients, la sécurité et la qualité des soins.

- Il serait plus « facile » pour le Ministre d'obtenir l'adhésion des cadres puisque cette réforme partielle rencontre la capacité actuelle d'absorption du réseau de la santé et des services sociaux.
- Le Ministre obtiendrait aussi l'adhésion des dirigeants et membres des conseils d'administration des établissements actuels en reconnaissant ainsi leur expertise et leur apport.
- Cette réforme partielle n'obligerait pas les cadres à investir temps et énergie à mettre en place la réforme pendant des années plutôt que dans les services aux patients.
- La « *théorie des petits pas* » assurerait une meilleure gestion du changement auprès du personnel.
- Elle assurerait le développement et le leadership scientifique de nos établissements universitaires, instituts et établissements affiliés.
- Elle respecterait les particularités et besoins régionaux, locaux, populationnels et culturels de chacune des régions desservies par chacune des agences en plus de générer des économies d'échelle.



Christian Samoisette, Président



Franceen Alovizi, Directrice générale



Me Anne-Marie Chiquette, Chef de contentieux