

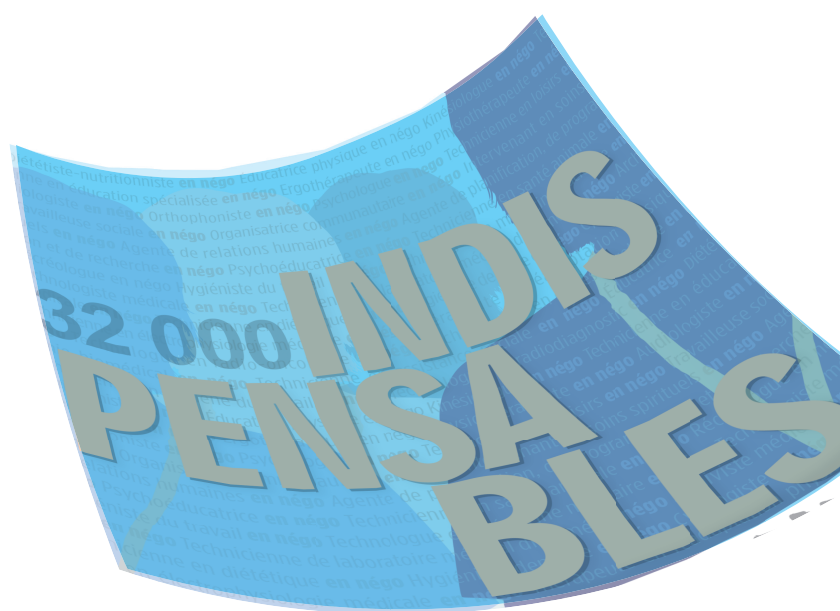
MÉMOIRE

DE L'ALLIANCE DU PERSONNEL PROFESSIONNEL ET TECHNIQUE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

PRÉSENTÉ À LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DANS LE CADRE DES CONSULTATIONS SUR LE **PROJET DE LOI N° 10**
LOI SUR L'ORGANISATION ET LA GOUVERNANCE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX NOTAMMENT PAR L'ABOLITION DES AGENCES
RÉGIONALES



13 NOVEMBRE 2014



Tables des matières

Résumé.....	4
Introduction	6
1. Présentation de l'APTS	7
2. Réussites et défis du réseau de la santé et des services sociaux.....	9
3. Critique du projet de loi n° 10	11
3.1 Un projet sans consultation du milieu	12
3.2 Les fusions, une réponse aux défis du système de santé et de services sociaux ?	12
3.3 Inquiétudes face à de nouvelles fusions.....	13
3.4 Inquiétudes face à la gouvernance.....	16
3.5 Inquiétudes sur la préservation des différentes missions	19
4. Nos solutions.....	20
4.1 Mettre l'accent sur la prévention et les soins à domicile.....	20
4.2 Lever les obstacles liés à l'optimisation et à la gestion par statistiques.....	22
4.3 Mettre fin au gaspillage lié à la privatisation des services	24
4.4 Prendre soin du personnel du réseau	25
Conclusion	26

Résumé

L'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) s'oppose à l'adoption du projet de loi n° 10 parce qu'il n'apporte pas de solutions aux problèmes qui minent le réseau de la santé et des services sociaux du Québec, bien au contraire. Centralisateur et axé sur les structures, ce projet de loi va à l'encontre des recommandations de plusieurs experts en organisation des réseaux de santé et services sociaux qui favorisent plutôt la décentralisation, le partenariat et l'adhésion des acteurs concernés.

Ce projet de réforme part d'en haut, alors qu'un tel projet devrait partir des constats observés sur le terrain. Si les différentes composantes du milieu de la santé et des services sociaux avaient été consultées avant la présentation du projet de loi et avaient eu l'occasion de formuler leurs préoccupations et leurs recommandations, des propositions très différentes auraient pu être faites afin de relever les vrais défis.

L'APTS considère que ces défis sont l'accessibilité des services, le sous-financement de la prévention et de la première ligne, les difficultés d'accès à un médecin de famille, la continuité des soins, les obstacles liés à la bureaucratie et à l'optimisation ainsi que l'épuisement du personnel.

Le projet de loi n° 10 ne permettra de relever aucun de ces défis car il vise en priorité un contrôle budgétaire. Or, la réorganisation administrative et la nouvelle vague de fusions qu'il prévoit vont déstabiliser les équipes de travail sans pour autant permettre de contrôler les principaux postes de dépenses que sont les dépenses hospitalières, les médicaments et la rémunération des médecins. De plus, la centralisation des pouvoirs risque d'aggraver la sensibilité du réseau à la pression politique et la composition des conseils d'administration fera que des groupes importants ne seront plus représentés, les milieux syndical et communautaire notamment.

Du point de vue clinique, les fusions nuisent aux communautés de pratique en voie de consolidation. La création des CISSS va nécessiter une nouvelle intégration alors que celle qui est attendue depuis la création des CSSS n'est pas achevée. En outre, la fusion d'établissements dont les missions sont différentes favorise certaines missions au détriment d'autres. Ainsi, avec la création des CSSS en 2004, la mission des CLSC a été diluée et les transferts de budgets des deuxième et troisième lignes vers la première ne se sont pas concrétisés au niveau souhaitable.

Pour réussir, les fusions d'établissements doivent être réalisées à petite échelle, avec la participation et l'adhésion des acteurs concernés. Elles doivent être accompagnées d'un plan de transition, de ressources humaines et financières, et nécessitent du temps. Ces conditions de succès ne sont pas réunies dans le projet de loi à l'étude.

Le ministre Barrette veut mener au pas de course une réforme qui ne reçoit pas l'assentiment des acteurs du réseau. Si le projet de loi est adopté, les conseils d'administration, les directions, les cadres et les membres du personnel devront consacrer beaucoup d'énergie à mettre en œuvre une réforme à laquelle ils ne croient pas, dans un contexte d'incertitude et de compressions budgétaires. Ces efforts pourraient être mieux dirigés. Les vraies priorités, soit les services à la population, risquent d'être négligées.

Alors que le ministre prétend que sa réforme permettra de réaliser des économies, nous sommes convaincus du contraire : les grosses structures en santé et services sociaux créent plus de bureaucratie qu'il ne l'allège. Elles alimentent également l'*hospitalocentrisme*, la façon la plus coûteuse de répondre aux besoins en santé et services sociaux.

Encore une fois, les budgets ne seront pas investis dans de vraies solutions durables : la prévention, la première ligne et les soins à domicile, l'accessibilité des services (pour éviter le recours au privé de personnes fatiguées d'attendre), sans oublier la valorisation du personnel. Nous croyons en effet qu'un personnel en bonne santé physique et psychologique est le meilleur gage de l'efficacité et de la qualité des services.

Introduction

D'entrée de jeu, nous tenons à indiquer que l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) s'oppose au projet de loi n° 10 parce qu'il ne représente pas, de notre point de vue, une solution permettant de relever les défis auxquels est confronté le réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Tout au contraire, nous croyons que ses effets pourraient être catastrophiques. Il risque en effet de fragiliser encore plus un réseau qui a été mis à rude épreuve par des réformes successives. Réformes qui ont toutes été présentées comme un remède miracle et qui ont, en réalité, mené à un affaiblissement de la première ligne, à une dilution des missions en santé et services sociaux et à l'épuisement du personnel.

Après une brève présentation de l'APTS, nous exposerons ce qui constitue à nos yeux les principaux défis et réussites du réseau de la santé et des services sociaux. Puis, nous développerons les motifs qui nous conduisent à rejeter le projet de loi n° 10, soit le manque de consultation préalable et la précipitation qui a accompagné le dépôt du projet de loi, le caractère controversé des fusions d'établissements à grande échelle, les problèmes de gouvernance et l'atteinte aux missions. Enfin, nous présenterons les solutions que nous proposons pour l'avenir du réseau de la santé et des services sociaux.

1. Présentation de l'APTS

L'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) est une organisation syndicale qui représente 32 000 personnes professionnelles et techniciennes qui pratiquent dans près de 120 établissements du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Elle a pour mission de défendre les droits de ses membres par la négociation et l'application de sa convention collective ainsi que de promouvoir leurs intérêts.

L'APTS rassemble une expertise large et diversifiée puisque ses membres occupent plus d'une centaine de titres d'emploi différents. Elle regroupe la majorité du personnel professionnel et technique du réseau public de la santé et des services sociaux du Québec. Elle est la seule organisation syndicale à représenter exclusivement cette catégorie, identifiée comme la catégorie 4 dans le réseau.

Tous les titres d'emploi sont réunis à l'intérieur de cinq grands regroupements professionnels : diagnostic (technologues en radiologie, technologistes médicales...), réadaptation (physiothérapeutes, ergothérapeutes, thérapeutes en réadaptation physique...), nutrition (diététistes-nutritionnistes, techniciennes en diététique), services psychosociaux (psychologues, travailleuses et travailleurs sociaux, agents de relations humaines, techniciennes en travail social...) et soutien clinique (archivistes médicales, hygiénistes dentaires, techniciens en génie biomédical...).

Les membres de l'APTS travaillent dans des établissements qui ont différentes missions : centres hospitaliers, CLSC, CHSLD et centres de réadaptation. L'APTS a donc une vue à la fois globale et spécifique sur l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux.

C'est à partir de l'expérience de ses membres et de leur connaissance du réseau que l'APTS a mené la réflexion qui fait l'objet du présent mémoire.

Nous occupons une place privilégiée pour observer l'impact des décisions gouvernementales sur les services à la population et sur une catégorie de personnel essentiel à la bonne marche du réseau. C'est sous cet angle que nous avons étudié le projet de loi n° 10 : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales et que nous formulons nos recommandations.

Notez enfin qu'à travers toutes ses interventions relatives au système québécois de santé et de services sociaux, l'APTS défend les grands principes de la Loi canadienne sur la santé, soit la gestion publique, l'universalité, l'accessibilité, l'intégralité et la transférabilité.

2. Réussites et défis du réseau de la santé et des services sociaux

À l'instar de plusieurs réseaux de santé et de services sociaux dans les pays occidentaux, le réseau québécois est confronté à des défis importants. Le projet de loi n° 10 est présenté comme une voie privilégiée pour relever ces défis avec succès. Or, la lecture de différents rapports et études disponibles faisant état des réussites et défis du réseau québécois a mené l'APTS à la conclusion que le projet de loi du ministre Barrette n'apporte pas de solutions aux vrais problèmes et risque d'aggraver certaines difficultés identifiées.

En effet, en consultant le rapport 2013 du Commissaire à la santé et au bien-être sur la performance du système de santé et services sociaux québécois¹, nous avons noté qu'en comparaison avec les autres provinces canadiennes, les réussites du réseau québécois sont la qualité technique ainsi que la productivité et l'efficacité. Ses défis sont la continuité et la coordination des soins ainsi que l'innovation et la transformation. L'accessibilité est en zone d'efficience compte tenu des ressources dont dispose le réseau.

Le commissaire souligne aussi que le réseau québécois éprouve des difficultés à s'adapter aux besoins de la population et que l'état des services en santé mentale est préoccupant. Il fait également une mise en garde à l'effet que la dimension humanisation des soins ne doit pas être oubliée. Ce rapport situe le Québec dans la moyenne canadienne des dépenses administratives par rapport aux dépenses totales, soit 4,8 %. Il est intéressant de noter à ce sujet que les dépenses administratives par rapport aux dépenses totales s'élèvent à 6,2 % en Ontario, province souvent prise en exemple par le gouvernement pour la performance de son réseau de santé et de services sociaux.

Par ailleurs, les plus récentes statistiques en matière de dépenses en santé de l'Institut canadien d'information sur la santé², publiées en octobre 2014, font ressortir que les trois principaux postes de dépenses sont les dépenses hospitalières, les médicaments et la rémunération des médecins – ce dernier étant celui qui a connu la plus forte croissance en 2014 soit 4,5 %.

¹ http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2013/PerformanceGlobale/CSBE_Rapport_PerformanceGlobale_2013.pdf

² http://plus.lapresse.ca/screens/9c554612-8854-4912-9ae8-16b73f4f9533%7CE_YK9jomy2mk.html

Enfin, une étude de la Chaire de recherche Évaluation et amélioration du système de santé³, parue en octobre 2014, retient que sa trop grande sensibilité aux pressions politiques est l'un des principaux problèmes du réseau.

L'APTS partage les constats de ces différentes études et rapports et considère que les vrais défis du réseau sont l'accessibilité des services, le sous-financement de la prévention et de la première ligne, les difficultés d'accès à un médecin de famille, la continuité des soins, les obstacles liés à la bureaucratie et à l'optimisation et l'épuisement du personnel.

L'APTS se demande comment le projet de loi n° 10 pourrait relever ces défis en mettant l'accent sur une réforme administrative, en prévoyant une nouvelle vague de fusions qui va déstabiliser les communautés de pratique et en ne comportant pas de mesures pour contrôler les principaux postes de dépenses. Sans compter que la centralisation des pouvoirs dans les mains du ministre risque d'aggraver la sensibilité du réseau à la politique.

³ « Amélioration de la performance du système de santé québécois : quels sont les vrais problèmes et les solutions appropriées », Rapport de la chaire de recherche du Canada, Université de Sherbrooke, Évaluation et amélioration du système de santé, octobre 2014.

3. Critique du projet de loi n° 10

La majorité des groupes qui sont venus s'exprimer sur le projet de loi n° 10 ont, tout comme l'APTS, souligné que le projet de loi agit sur les structures et mise sur une centralisation, ce qui va à l'encontre des recommandations de plusieurs experts en organisation des réseaux de santé et services sociaux qui prônent plutôt une décentralisation. Le chercheur Damien Contandriopoulos, lors de son passage devant la commission, a mis en garde le ministre Barrette contre les effets prévisibles de son projet de loi. Le mémoire déposé par son équipe de recherche souligne que la fusion administrative n'est pas l'approche la plus efficace pour améliorer l'intégration des soins, que le lien entre les fusions administratives à grande échelle et l'amélioration de la qualité n'est pas démontré et qu'une centralisation très poussée des pouvoirs décisionnels ne permet pas forcément une amélioration de la performance. Enfin, le succès d'un projet de fusion administrative auquel les acteurs sur le terrain ne croient pas est sérieusement compromis.

Le ministre Barrette a répliqué qu'il s'est inspiré du modèle Kaiser Permanente. Nous sommes très surpris par le recours à cette comparaison. En effet, Kaiser Permanente met l'accent sur une approche populationnelle, la qualité des soins et la prévention. Kaiser Permanente a une gouvernance clinique, les médecins ne sont pas rémunérés à l'acte, ils reçoivent un salaire et ils doivent adopter une approche interdisciplinaire. La qualité et l'intégration du système d'information sont une des clés de son succès, mais son implantation a été longue, coûteuse, et a entraîné des baisses de productivité à certains moments⁴.

Kaiser Permanente est également reconnu comme un exemple réussi de partenariat entre le patronat et les syndicats. Une recherche de l'Université Cornell⁵ avance que le partenariat peut avoir des effets positifs sur la qualité et le coût des soins de santé car les employés de première ligne (médecins, infirmières, professionnels de la santé, travailleurs sociaux et communautaires et employés des services administratifs) sont ceux qui connaissent le mieux les procédés de travail, ils peuvent donc proposer des solutions plus viables. Une autre étude, de Thomas Kochan⁶, souligne que le partenariat prend du temps et nécessite l'investissement de ressources humaines et financières.

⁴ http://www.businessweek.com/technology/content/apr2009/tc2009047_562738.htm

⁵ <http://www.ilr.cornell.edu/news/upload/How-Labor-Management-Partnerships-Improve-Patient-Care-Cost-Control-and-Labor-Relations.pdf>

⁶ <http://mitsloan.mit.edu/group/template/docs/iwer/FINAL-KPreport130947.pdf>

Compte tenu des compressions budgétaires que le gouvernement veut imposer, de l'absence de consultation préalable et à la lumière des réactions des principaux acteurs du réseau, on peut aisément dire que ces conditions de succès ne sont pas réunies dans le cadre du projet de loi n° 10. D'autres réseaux de la santé ont cherché à s'inspirer du modèle Kaiser Permanente, mais n'en n'ont retenu que certains éléments. L'expérience s'est alors soldée par un échec. C'est le cas du réseau britannique, comme le soulignait Robert Perreault dans *La Presse* du 29 octobre 2014⁷.

3.1 Un projet sans consultation du milieu

Le projet de loi a été mis en place sans consultation du milieu; les différents groupes et associations qui se sont exprimés en commission parlementaire l'ont d'ailleurs mentionné. De plus, plusieurs ont déploré le manque de temps qui leur a été accordé pour s'exprimer sur un projet de cette ampleur.

Encore une fois, un projet de réforme des structures du réseau de la santé et des services sociaux part d'en haut, alors qu'il devrait partir des constats faits sur le terrain.

Si les acteurs engagés au quotidien dans le réseau avaient été consultés avant la présentation du projet de loi, ils auraient pu formuler leurs préoccupations et leurs recommandations. Comme nous le verrons dans la section consacrée aux solutions prônées par l'APTS, des pistes de solution bien différentes auraient été soumises, visant les sources des principaux problèmes.

3.2 Les fusions, une réponse aux défis du système de santé et de services sociaux ?

En 2006, une copublication de groupes de recherche⁸ constatait que du point de vue économique, 50 % des fusions d'établissement n'apportent pas les gains recherchés et que du point de vue clinique, la centralisation générée par les fusions crée des situations où une organisation est favorisée au détriment d'autres.

« Les fusions d'établissements sont plus susceptibles de gérer les symptômes plutôt que les causes des difficultés vécues par les établissements. »

Les chercheurs concluent :

« Un système de soins de santé ne peut être régénéré uniquement par une réforme des structures. La reconfiguration des services de santé et des services sociaux de première ligne est en cours de réalisation au Québec et ses multiples impacts devront faire l'objet de recherches afin d'en mesurer les effets (positifs ou négatifs) à moyen et long terme. »

⁷ http://plus.lapresse.ca/screens/8b030657-e86b-40b5-b1e1-1d0000221b4f%7C_0

⁸ http://www.larepps.uqam.ca/Page/Document/pdf_transversal/Cahier06_09.pdf

Le fait que les fusions d'établissements n'apportent pas toujours les gains recherchés et ne sont donc pas la panacée a été illustré récemment par la décision des dirigeants du CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord et du CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent⁹, de renoncer à se fusionner après avoir pris connaissance d'une étude de faisabilité¹⁰. Dans son rapport annuel 2013-2014, le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord explique que sa décision est fondée sur le fait que l'étude de faisabilité ne permet pas d'anticiper des résultats concrets sur l'amélioration des services à la population à la suite d'une fusion. Or ce projet, s'il était allé de l'avant, aurait été réalisé avec le soutien des directions et à la suite d'une consultation des acteurs concernés.

Au cours des dix dernières années, plusieurs fusions volontaires ont eu lieu. L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a d'ailleurs mis à la disposition des établissements du réseau montréalais une trousse d'information sur les fusions volontaires¹¹. Cette trousse d'information indique que :

« Les effets positifs de fusions d'établissements sont particulièrement établis pour les plus petits établissements. La gestion du changement y est plus aisée et les complémentarités plus évidentes. »

Mais dans le cas de fusions plus complexes, plusieurs difficultés surgissent :

« Manque de complémentarité dans les activités; temps de trajet important entre les établissements; bassins de vie différents (les caractéristiques sociodémographiques de la population, le milieu de vie, le quartier, etc.); grande taille des établissements (hospitaliers). »

La trousse d'information mentionne aussi qu'un projet de fusion, pour réussir, doit être intégré à un plan stratégique, mettre la gestion du changement au cœur de ses préoccupations et inclure une consultation des partenaires concernés. La trousse fait par ailleurs mention du rôle de l'Agence dans le cadre d'un projet de fusion. Elle agit à titre de facilitateur et offre du soutien financier.

Il y a donc lieu de s'interroger sur la faisabilité de fusions contraintes, à grande échelle, réalisées dans un contexte de compressions budgétaires et qui vont se superposer à des fusions inachevées.

3.3 Inquiétudes face à de nouvelles fusions

L'APTS estime que des leçons doivent être tirées de la création des CSSS avant de lancer une nouvelle vague de fusions.

3.3.1 Fusions de 2004 : des promesses non tenues

Le préambule de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services

⁹ http://www.csssamn.ca/fileadmin/csss_amn/Publications/Publications_officielles/Pdf/Rapport_annuel_2013_2014.pdf

¹⁰ http://www.csssbctl.qc.ca/fileadmin/csss_bctl/Votre_CSSS/documents/Rapport_projet_de_fusion_volontaire.pdf

¹¹ http://agence.santemontreal.qc.ca/fileadmin/asssm/Reseau_montrealais/fusion/Fusion__Guide.pdf

sociaux (Loi n° 25) précise que celle-ci :

« ... vise, par la mise en place d'une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés, à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau de services de santé et de services sociaux ».

Le ministre de la santé de l'époque, l'actuel premier ministre Philippe Couillard, soutenait que la fusion des établissements allait favoriser le continuum de services, donc la maximisation des ressources; que la première ligne serait priorisée; que les nouveaux établissements seraient responsables de la santé de la population de leur territoire (responsabilité populationnelle); que chaque citoyen aurait droit à son médecin de famille; que les temps d'attente et les coûts financiers pour le gouvernement seraient diminués.

En regard des constats du Commissaire à la santé et au bien être en 2013, on voit que 10 ans plus tard, la coordination et la continuité des soins demeurent un enjeu préoccupant; que 23,5 % de Québécois ont de la difficulté à accéder aux soins de routine et de suivi et que le poids financier du réseau sur les finances publiques ne cesse d'augmenter, passant de 42 % du budget de l'État en 2003 à 45 % en 2013. Le Commissaire reprend depuis 2010 la même recommandation : prioriser la première ligne.

En 2010, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a présenté son évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à la suite de la création des CSSS.

Le bilan du MSSS est mitigé. On note les efforts du personnel du réseau et quelques avancées, mais l'intégration clinique n'est complétée dans aucun CSSS. Alors que la première ligne devait être priorisée, il y a peu de réallocations budgétaires de la deuxième et de la troisième ligne vers la première. Il y a peu de changements dans la disponibilité et l'utilisation des services offerts par les CSSS et les délais d'attente pour des services nécessitant des intervenants spécialisés sont parfois importants. On observe une confusion des rôles entre la première et la deuxième ligne, un manque de ressources humaines pour répondre à la demande, une difficulté d'accès aux services médicaux et des problèmes de transmission d'information pour coordonner les soins.

Pour expliquer ces résultats décevants, l'analyse du MSSS fait ressortir des enjeux systémiques, structurels et organisationnels. Sur le plan des enjeux systémiques, les difficultés causées par la concomitance de l'application de plusieurs projets de loi, une allocation des ressources qui ne permet pas de soutenir le projet et une informatisation désuète sont relevées. Au plan structurel, la présence ou l'absence d'un centre hospitalier dans un CSSS a un impact puisque les difficultés d'intégration organisationnelle sont plus élevées quand il y a un hôpital en raison des différences de culture organisationnelle; la présence de CLSC ayant des façons de faire distinctes crée

également des tensions. Enfin, sur le plan organisationnel, un leadership fort, de la transparence et des mécanismes de concertation ainsi que le soutien de l'agence régionale sont des facteurs facilitants. Cependant, dans l'ensemble des CSSS, on constate un essoufflement des gestionnaires, un climat de travail tendu et le sentiment que le processus décisionnel est éloigné. On observe peu d'effets sur le travail en équipe et sur l'amélioration des services.

En conclusion, l'analyse du MSSS recommande d'utiliser le temps comme un allié car tout changement de cap à moyen terme viendrait contrecarrer les efforts effectués jusqu'alors. La participation et l'adhésion des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux sont des conditions nécessaires à l'atteinte des objectifs visés par la création des CSSS.

Nous retenons donc que dix ans après la création des CSSS, les résultats escomptés ne sont pas au rendez-vous et que les inquiétudes quant aux effets pervers des fusions se sont avérées fondées.

À la lumière de ces constats, il nous semble incompréhensible que le ministre Barrette se lance dans une nouvelle réforme majeure des structures, dans un contexte de compressions budgétaires et de révision de programmes, alors que la mise en place des CSSS n'est pas achevée. L'évaluation du MSSS indique clairement que la concomitance de plusieurs projets de loi, le manque de ressources et de soutien et la non-adhésion du personnel au projet mènent à l'échec des projets de réforme. Or, force est de constater que ces ingrédients caractérisent le projet de loi n° 10.

Sur le terrain, l'APTS observe de fortes inquiétudes chez les professionnels et techniciens qu'elle représente car l'organisation des services va encore une fois être bouleversée, alors que la réorganisation clinique initiée en 2004 est encore en phase d'implantation. Nos membres n'ont pas l'impression que la réforme à venir va apporter de vraies solutions.

3.3.2 Création des CISSS : inquiétudes face à de nouvelles fusions

Alors que les remous provoqués par la création des CSSS ne sont pas encore calmés, le gouvernement veut mettre en place des CISSS qui fusionneront les CSSS, les centres jeunesse, les agences régionales, les centres de réadaptation physique, les centres de réadaptation en déficience intellectuelle, les centres de réadaptation en trouble envahissant du développement et les centres de réadaptation en dépendance, alors que ce sont des organisations aux missions, cultures et façons de faire différentes. Nous sommes préoccupés par la taille des territoires des CISSS qui aura un impact sur les services de proximité et la capacité des établissements de s'adapter aux besoins de la population locale et d'assurer un continuum de soins.

La création des CISSS va mobiliser le temps et l'énergie des dirigeants et du personnel qui seront accaparés par la gestion des bouleversements administratifs plutôt que par l'amélioration des services. La situation sera de plus aggravée par les compressions budgétaires et le gel des effectifs annoncés dans le projet de loi n° 15.

3.3.3 Impact sur l'action syndicale

Le projet de loi n° 10 va porter atteinte à la liberté syndicale du personnel du réseau, entraîner une réduction des libérations syndicales et éloigner les personnes déléguées de la réalité du terrain. La réalité des nouveaux établissements comportant de nombreux sites et dispersés sur d'immenses territoires, aura un effet négatif sur la vie syndicale locale. Les personnes déléguées auront également moins de temps à consacrer aux comités paritaires ainsi qu'aux mécanismes de concertation pour l'amélioration des services et de la qualité des soins.

3.3.4 Gestion du changement

Dans un tel contexte, les difficultés occasionnées par l'implantation du projet de loi n° 10 ne devront pas être attribuées à la résistance au changement, mais plutôt à une gestion du changement déficiente.

En effet, un article paru dans l'*International Journal of Environmental Research and Public Health*¹² explique que les difficultés rencontrées lors de la réorganisation du travail ne résultent pas de comportements obstructionnistes de certains agents résistant au changement. Au contraire, les comportements de résistance sont plutôt engendrés par un grand nombre de facteurs en jeu dans la réorganisation elle-même.

Depuis la création des CSSS, les membres du personnel sont affectés par la perte de la mission de leur établissement d'origine; la cohésion du groupe a été mise à mal en raison des chocs de cultures organisationnelles. Avec la création des CISSS, ce sentiment risque fort d'être renforcé puisque, avant même que le personnel ne se soit remis de la création des CSSS, on lui impose de nouvelles fusions.

3.4 Inquiétudes face à la gouvernance

Le projet de loi n° 10 suscite aussi de vives inquiétudes en ce qui concerne la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux.

Il est manifeste que le ministre Barrette souhaite avoir un pouvoir discrétionnaire très large. Les aspects suivants nous préoccupent particulièrement : la composition des conseils d'administration (CA) et les pouvoirs du ministre

¹² « Why Some Employees Adopt or Resist Reorganization of Work Practices in Health Care: Associations between Perceived Loss of Resources, Burnout, and Attitudes to Change », Carl-Ardy Dubois, Kathleen Bentein, Jamal Ben Mansour, Frédéric Gilbert et Jean-Luc Bédard, *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2014, 11, 187-201

sur ces CA, l'ingérence dans les opérations courantes des établissements, et l'imposition des plans stratégiques d'établissement.

3.4.1 La composition des CA et les pouvoirs du ministre

La composition des CA des CISSS et des établissements suprarégionaux nous préoccupe car des acteurs importants de la société, comme le milieu syndical et les organismes communautaires, ne pourront plus proposer de représentants. De plus, nous craignons que les personnes dites indépendantes, au nombre de 7 (donc majoritaires) et nommées par le ministre, ne soient sélectionnés selon un profil de gestion et non en fonction de leur connaissance du terrain et des enjeux du réseau de la santé et des services sociaux.

En plus d'avoir un contrôle très étendu sur la composition des CA, le ministre aura le pouvoir de s'ingérer dans les opérations courantes des établissements et la possibilité de s'octroyer des pouvoirs de façon exceptionnelle, s'il le juge opportun. Cette approche porte atteinte à l'indépendance des CA qui ne pourront plus jouer leur rôle de gestion. Elle laisse place à l'arbitraire car ce qui constitue une situation exceptionnelle n'est pas balisé.

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'un des principaux problèmes du réseau est qu'il est trop sensible aux pressions politiques. Ce constat est fondé sur l'organisation actuelle du réseau, qui prévoit trois paliers de gestion (central, régional et local). La disparition du palier régional ainsi que les pouvoirs qui seront attribués au ministre dans la gestion locale ne feront qu'aggraver la situation; les directions des établissements auront les mains liées et pourront à tout moment être remplacées par le ministre. Il y a un risque élevé que les opérations des établissements de santé et de services sociaux soient tributaires des changements de gouvernement et des modes politiques.

3.4.2 Des plans stratégiques imposés par le ministre

Si le projet de loi est adopté, les établissements publics ne présenteront plus leur plan stratégique pluriannuel mais devront conclure des ententes de gestion et d'imputabilité avec le ministre; les plans seront décidés par le ministre en fonction de ses orientations stratégiques. Or, le plan stratégique pluriannuel prenait en compte la mission des établissements ainsi que les priorités établies dans les projets cliniques et organisationnels. Ceci compromettra l'adaptation aux besoins de la population locale, l'organisation des services et aura un impact sur la mobilisation du personnel.

Cette orientation va aussi à l'encontre des recommandations de la commission Clair¹³ qui a souligné l'importance des missions des différents établissements et le fait que ces derniers doivent jouer un rôle central dans la définition des objectifs afin de répondre aux besoins de la population. La Commission avait proposé que chaque établissement du réseau se donne un projet d'organisation associant les cadres, les professionnels et les autres employés à l'amélioration des services à la clientèle. L'atteinte à l'autonomie des établissements, les décisions unilatérales et le manque de participation du personnel de la santé qui caractérisent le projet de loi n° 10 vont à l'encontre de ces recommandations.

3.4.3 Changements dans les priorités

Les dispositions particulières d'application de la loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux nous amènent à nous interroger sur les intentions du gouvernement en matière de gouvernance. Les articles 5 et 6 de la loi sur l'équilibre budgétaire ne s'appliqueront plus :

« 5. Dès le début d'une année financière, le ministre transmet à chaque agence l'enveloppe budgétaire qui lui est allouée conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) aux fins d'assurer le financement des dépenses relatives à la prestation des services que les établissements publics sont appelés à fournir.

Le ministre fait alors connaître à chaque agence les orientations et les priorités ministérielles qu'elle devra respecter tant en matière d'allocation de ressources et de respect de l'équilibre budgétaire qu'en matière d'organisation et d'accessibilité aux services.

De plus, le ministre peut indiquer à une agence des modalités d'allocation des ressources applicables à un ou plusieurs établissements de sa région. L'agence doit s'y conformer ou faire approuver par le ministre les ajustements qu'elle souhaite.

6. Dans les trois semaines qui suivent la transmission prévue à l'article 5, l'agence fait connaître aux conseils d'administration des établissements de sa région le montant des sommes qu'elle affecte aux budgets de fonctionnement de ces établissements. Le montant total des sommes ainsi affectées ne doit pas excéder les sommes comprises à cette fin dans l'enveloppe budgétaire que l'agence a reçue. L'agence fait alors connaître aux conseils d'administration les orientations et les priorités régionales qui seront applicables aux budgets et aux services des établissements et qu'elle a déterminées conformément aux orientations et aux priorités ministérielles. »

Ces articles sont remplacés par l'article 94 du projet de loi n° 10 :

« 94. Les articles 5 et 6 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (chapitre E-12.0001) ne s'appliquent pas. Dès le début d'une année financière, le ministre transmet à chacun des établissements le montant des sommes qui leur sont allouées. Il leur fait

¹³ <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-109.pdf>

également connaître les orientations et priorités ministérielles applicables en matière d'équilibre budgétaire, de budget, de services et, pour les établissements régionaux, de subventions et d'allocation de ressources. »

Nous constatons un changement de vocabulaire qui est loin d'être anodin. En effet, contrairement à l'article 5 de la loi sur l'équilibre budgétaire, l'article 94 du projet de loi n° 10 ne fait plus mention des orientations et priorités en matière d'organisation et d'accessibilité aux services. Il est manifeste que les orientations ministérielles seront focalisées sur les budgets. Les directions des établissements, en plus d'être assujetties au ministre, verront leur performance évaluée selon des critères budgétaires. Nous craignons donc que les questions d'accessibilité et d'adaptation aux besoins de la population soient exclues des priorités.

Une lecture attentive du projet de loi n° 10 révèle que malgré les belles intentions inscrites dans l'objet de la loi (simplifier l'accès aux services pour la population, contribuer à améliorer la qualité et la sécurité des soins, mettre en place des réseaux régionaux axés sur la proximité et la continuité des services), son objectif est essentiellement d'accroître l'efficacité et l'efficacé du réseau d'un point de vue budgétaire.

3.5 Inquiétudes sur la préservation des différentes missions

Le projet de loi n° 10 indique que des enveloppes budgétaires seront allouées aux CISSS en fonction de programmes-services. Or, le concept de programme-service est de nature administrative, il n'est défini ni dans le projet de loi n° 10, ni dans la LSSSS. Les programmes-services peuvent être abolis, fusionnés ou modifiés. Les missions ne seront donc pas protégées, ce qui fait craindre un renforcement non souhaitable de l'*hospitalocentrisme*, la médicalisation de la réponse à des problèmes sociaux et une déformation des missions.

Les agences régionales devaient fournir les services régionaux de santé publique, une responsabilité qui reviendra aux CISSS. Que va-t-il advenir des programmes de santé publique consacrés à la prévention ? Nous remarquons que le dernier plan d'action national en santé publique s'est terminé en 2012, sans qu'un nouveau plan ait été mis en place et que le dernier rapport national sur l'état de santé de la population date également de 2012. Nous sommes donc préoccupés par la préservation de cette mission dans des établissements à multiples vocations, d'autant plus que le ministre Barrette a annoncé au début novembre 2014 la disparition de 30 % du personnel de santé publique et une révision de la loi sur la santé publique¹⁴.

¹⁴ <http://www.ledevoir.com/societe/sante/422844/la-sante-publique-menacee>

4. Nos solutions

L'APTS a toujours participé aux réflexions pour améliorer l'accessibilité et la qualité des services dans les champs d'expertise propres à ses membres.

Toute réflexion visant l'amélioration de l'efficacité du réseau de la santé – et, donc, des économies potentielles – ne peut faire abstraction d'une réflexion approfondie sur la vision que nous avons, collectivement, de la santé et des services sociaux. Bien qu'à priori ces considérations ne semblent pas relever de l'analyse économique, une analyse rigoureuse et visionnaire de la manière de faire de la médecine au Québec aurait nécessairement une répercussion économique majeure et à long terme sur les dépenses de l'État en santé.

Une réflexion de fond sur le fonctionnement du réseau, l'accent mis sur la prévention et les soins à domicile et la priorisation de la première ligne constituent pour l'APTS les vraies solutions.

En 2000, la commission Clair a mené cette réflexion et formulé 36 recommandations pour l'avenir du réseau de la santé et des services sociaux québécois. Quatorze ans après, l'APTS constate que l'accent a été mis sur les modifications de structures et les mesures budgétaires, mais la prévention, les services sociaux et la première ligne, que la commission recommandait de prioriser, ont été négligés.

L'APTS estime que le gouvernement devrait se pencher particulièrement sur les recommandations suivantes :

- « Recommandation 1 : Que la prévention constitue l'élément central d'une politique québécoise de la santé et du bien-être.
- Recommandation 2 : Que l'organisation d'un réseau de première ligne constitue l'assise principale du système de services de santé et de services sociaux.
- Recommandation 11 : Que les principaux acteurs du secteur de la santé et des services sociaux, notamment le Conseil du trésor, le MSSS, les syndicats, les associations et les ordres professionnels ainsi que les établissements, reconnaissent l'urgence d'agir pour contrer l'état de morosité et de démobilitation du personnel du réseau. »

Nous allons maintenant exposer les priorités d'action que nous recommandons et qui permettraient des économies.

4.1 Mettre l'accent sur la prévention et les soins à domicile

L'APTS préconise l'approche de l'Organisation mondiale de la santé en matière de prévention, axée sur la prévention primaire pour empêcher l'apparition d'une maladie, la prévention secondaire pour dépister rapidement une maladie et la

traiter de façon à en atténuer les effets, et la prévention tertiaire pour empêcher les récurrences, pour lutter contre les séquelles ou pour aider le patient à réintégrer ses activités sociales et professionnelles.

De nombreuses études ont démontré que la prévention en matière de santé et de services sociaux est un investissement rentable. Ainsi, selon une étude américaine¹⁵, d'un point de vue macro, le retour sur investissement pour 1 \$ investi en prévention est de 5,60 \$ après 5 ans, et de 6,20 \$ après 10 ans et plus.

Pourtant, en 2013, le Québec investissait 4,03 % de ses dépenses publiques en santé publique, contre 7,71 % en Ontario et 7,28 % au Canada¹⁶.

L'APTS recommande donc une augmentation du budget en prévention et la mise en place d'une politique nationale de prévention en santé.

Les soins à domicile constituent un autre volet important et pourtant négligé. Il n'existe pas de recette magique pour assurer des soins et des services à domicile de qualité : il faut impérativement injecter des ressources financières qui permettront l'embauche du personnel nécessaire. Malgré l'urgence d'investir dans le développement des services de première ligne et dans les soins à domicile, le gouvernement actuel a pris la décision de limiter la hausse des budgets consacrés au programme Perte d'autonomie lié à la vieillesse (PALV)¹⁷, allant ainsi à l'encontre de ses engagements électoraux de hausser ces investissements de 150 M \$. Les compressions budgétaires imposées en vue de l'atteinte du déficit zéro et le manque de ressources humaines compromettent sérieusement l'accès aux services.

Les membres de l'APTS qui travaillent dans les soins à domicile constatent au quotidien les répercussions de ce sous-financement :

- Les listes d'attente ne cessent de s'allonger au point qu'il faut, dans certains cas, attendre un an pour voir un ergothérapeute ou un physiothérapeute.
- La meilleure façon d'obtenir des services à domicile pour une personne âgée consiste trop souvent à être admise à l'hôpital. Compte tenu de la priorité accordée à la libération des lits hospitaliers, les patients qui passent par l'hôpital obtiennent rapidement des soins à domicile alors que d'autres restent des mois sur les listes d'attente du CLSC avant d'avoir une première évaluation.

¹⁵ http://works.bepress.com/cgi/viewcontent.cgi?article=1176&context=glen_mays

¹⁶ http://qe.cirano.qc.ca/theme/indicateurs_sociaux/depenses_de_sante_et_financement

¹⁷

- Le panier de services a été tellement réduit que les intervenants psychosociaux ne savent plus comment soutenir les proches aidants épuisés.
- Des situations de maltraitance ou d'abus persistent, malgré les dénonciations, faute de ressources.
- La sécurité de patients est menacée parce qu'ils n'ont pas les moyens de défrayer les coûts d'une barre de bain et son installation, un service qui était auparavant fourni par le CSSS.
- Le transfert vers des ressources externes de l'assistance aux activités de la vie quotidienne (AVQ) offerte auparavant par les auxiliaires du CLSC prive les intervenants psychosociaux de renseignements précieux sur l'état des usagers et nuit à la prévention.
- Le personnel professionnel réfère les patients à des services privés, faute de temps pour leur offrir des services professionnels, en raison d'une attente qui serait préjudiciable aux personnes en perte d'autonomie.

4.2 Lever les obstacles liés à l'optimisation et à la gestion par statistiques

La déstabilisation à prévoir avec la réforme imposée par le projet de loi n° 10 ainsi que le mode de gestion actuelle axé sur la performance statistique risquent d'alourdir la bureaucratie et de compromettre l'accessibilité et la qualité des soins.

L'obsession de la gestion par statistiques entraîne de nouvelles modalités dans la prise en charge et le suivi des patients. Nos membres rapportent souvent se sentir déchirés entre l'atteinte des cibles de performance et la poursuite des grands objectifs de prévention, de sécurité et de qualité des soins. L'organisation du travail se trouve ainsi modifiée afin de répondre à des cibles de performance qui sont vides de sens.

Par exemple, dans le secteur des soins à domicile, en priorisant exclusivement le nombre de visites à domicile au détriment des activités indirectes pourtant essentielles au suivi des dossiers, en limitant la possibilité d'échanges multidisciplinaires sur le dossier entre les intervenants, l'approche de gestion par statistiques mine la communication entre les intervenants, compromet l'efficacité de l'intervention et altère la qualité des services professionnels.

La gestion par statistiques telle qu'implantée ne constitue pas une indication fiable de la qualité de la performance globale qui doit intégrer la qualité des services. Elle induit certains effets pervers tels qu'une modification des pratiques professionnelles, une surcharge de travail provoquée en bonne partie par l'entrée de données statistiques, une diminution du travail d'équipe ainsi qu'une concurrence malsaine entre collègues et plus globalement entre les établissements.

Cette concurrence intra et inter établissements n'est absolument pas souhaitable et ne règle en rien les problèmes du réseau comme l'accès aux soins, l'intégration de la première ligne et les services spécialisés. Au contraire, tous les acteurs du réseau auraient avantage à établir des partenariats afin de favoriser des collaborations pour trouver des solutions durables aux enjeux actuels.

Les changements amorcés depuis quelques années afin de financer les établissements selon des cibles de performance créent donc un environnement concurrentiel à l'intérieur du système public qui, à nos yeux, n'a pas les retombées positives souhaitées. On s'accroche au principe selon lequel la concurrence réduit les coûts. Pourtant, rien à notre connaissance ne prouve qu'il s'applique au réseau de la santé et des services sociaux. Cette concurrence malsaine a, par ailleurs, généré plusieurs stratégies de la part des directions d'établissements qui, à long terme, deviennent contre-productives et coûteuses.

C'est ainsi que, dans l'objectif de répondre à la priorité statistique de réduction de la liste d'attente pour des soins à domicile, les intervenants ouvrent des dossiers pour les personnes qui sont sur la liste en faisant une première visite à domicile, puisque c'est le nombre de visites à domicile qui est pris en compte par le système statistique. Cette étape franchie, la personne quitte la liste d'attente. Toutefois, comme les intervenants sont débordés, le dossier se retrouve sur une autre liste d'attente, pour l'obtention des services, qui ne figure pas dans les cibles de performance. On a créé une liste d'attente « cachée » ou « fantôme ». Il y a bien eu visite à domicile... mais pas de suivi. Personne n'a pu fournir l'aide dont la personne a besoin.

C'est de cette façon que certains CSSS ont atteint – voire dépassé – la cible d'augmentation des visites à domicile fixée à 10 % par le MSSS, qui les a cités en exemple pour mettre de la pression sur les autres!

Cette pression a un effet désastreux sur le climat de travail dans les établissements : surcharge, détresse psychologique, absentéisme, syndrome du survivant, pénurie de personnel. Elle n'améliore pas non plus la qualité des services rendus à la population.

Le projet de loi n° 10 ne corrige d'aucune façon les effets négatifs et contre-productifs de la gestion par statistiques qui prévaut dans le réseau. Il ne vient pas non plus alléger la bureaucratie ni la paperasse que le personnel professionnel et technique doit remplir quotidiennement. En outre, la concurrence qu'on cherche à exacerber sera certainement favorisée par le financement à l'activité que le ministre veut introduire à grande échelle.

4.3 Mettre fin au gaspillage lié à la privatisation des services

Avec le projet de loi n° 10, l'énergie du personnel sera consacrée aux changements de structures, ce qui aura inmanquablement des répercussions sur les services. Le recours au secteur privé augmentera car l'attente pour obtenir les services s'en ressentira. En effet, quand des services ne sont plus accessibles dans le réseau public, ils sont offerts par des établissements privés ou par les aidants naturels. Les Québécois paieront de leur poche les services qui ne seront plus offerts dans le réseau public en raison des compressions.

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé¹⁸, de 2000 à 2010, les dépenses publiques de santé ont connu une croissance annuelle moyenne de 5,4 %, contre 6,4 % pour les dépenses privées de santé.

Certains payent cher pour des services privés. Dans d'autres cas, ce sont les aidants naturels qui s'absentent du travail pour s'occuper de leurs proches, renonçant ainsi à une partie de leur revenu et privant leur employeur de leurs compétences.

En juin 2014, Radio Canada¹⁹ annonçait la mise sur pied par le gouvernement fédéral d'un panel d'experts pour étudier les solutions rentables au phénomène des aidants naturels en milieu de travail.

« En 2012, 35 % des travailleurs au Canada ont dû prendre soin d'un être cher. Près de 600 000 d'entre eux ont réduit leurs heures de travail pour s'en occuper à la maison ou dans un foyer d'accueil. L'absence ou le départ des aidants naturels coûte aux employeurs 1,2 milliard de dollars par année en termes de productivité. »

Globalement, un réseau public de santé et de services sociaux est plus économique qu'un réseau privé comme le démontre le rapport Panorama de la Santé de l'OCDE 2013²⁰. Ce rapport indique que la part du financement public des dépenses de santé est de 78 % en moyenne dans les pays de l'OCDE, de 79 % au Canada et de 50 % aux États-Unis. Relevons aussi que la part du PIB consacré aux dépenses de santé est de 11,2 % au Canada alors qu'elle est de 17,7 % aux États-Unis.

¹⁸ <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-731-01F.pdf>

¹⁹ <http://m.radio-canada.ca/regions/ontario/2014/06/23/007-aidants-naturels-federal.shtml>

²⁰ <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Panorama-de-la-sante-2013.pdf>

4.4 Prendre soin du personnel du réseau

En janvier 2014, un article du journal *Le Devoir*²¹ révélait que le gouvernement avait déboursé 390 M \$ en 2012-2013 en raison des congés de maladie du personnel de la santé. À la source de cet article, un rapport du MSSS rendu public le 19 décembre 2013 fournit des données qui méritent attention :

- « En 2012-2013, problèmes de santé mentale, troubles musculosquelettiques et autres absences prolongées pour maladie ont totalisé plus de 19 millions d'heures, pour une facture de 389,6 millions de dollars. »
- « Les coûts de l'assurance salaire ont crû de 6,1 % en un an, pour une augmentation de 4,6 % du nombre d'heures réclamées. »
- « Depuis 2003-2004, le nombre d'heures payées en assurance salaire a augmenté de 24 %, pendant que les coûts grimpaient de plus de 50 %. »

Il est à noter qu'il y avait déjà eu une hausse de 27 % du nombre d'heures payées en assurance salaire entre 1993 et 2005²².

Les réformes successives ont généré de la détresse psychologique chez le personnel du réseau et la réforme annoncée ne devrait pas améliorer la situation. Le ministre Barrette dit vouloir réaliser des économies de 220 millions de dollars en coupant des postes d'encadrement, mais rien n'est prévu pour l'amélioration des conditions de travail du personnel de la santé, alors que la facture des congés de maladie s'élève à 390 millions de dollars.

²¹ « La facture des congés de maladie explose : L'absence des professionnels de la santé a coûté 390 millions en 2012-2013 », Amélie Daoust-Boisvert, *Le Devoir*, 8 janvier 2014.

²² Direction des communications su MSSS, Rapport du comité provincial d'assurance salaire, mise à jour de juin 2005.

Conclusion

En conclusion, rappelons la ferme opposition de l'APTS au projet de loi n° 10. À nos yeux, ce projet de loi n'apporte pas de vraies solutions aux problèmes du réseau de la santé et des services sociaux du Québec et doit être abandonné pour prévenir leur aggravation. Sous couvert de simplifier la vie aux usagers et d'optimiser les ressources, se profile en réalité une réforme encore une fois inspirée de la nouvelle gestion publique.

Nous aurions espéré un vrai débat qui aurait permis de repenser la façon de faire de la médecine au Québec et de dégager une vision globale de la santé et des services sociaux. Ce débat ne peut se faire sans la participation des principaux acteurs du réseau dont l'adhésion est essentielle au succès de toute réforme d'envergure.

Nous souhaitons que cette vision globale place au sommet des priorités la prévention, la première ligne et le personnel, trois aspects qui ont été grandement négligés par les réformes précédentes du réseau de la santé et des services sociaux.

Siège social

1111, rue Saint-Charles Ouest, bureau 1050, Longueuil, Qc, J4K 5G4
Tél. : 450 670-2411 ou 1 886 521-2411 Téléc. : 450 679-0107

Bureau de Québec

1305, boul. Lebourgneuf, bureau 200, Québec, Qc, G2K 2E4
Tél. : 418 622-2541 ou 1 800 463-4617 Téléc. : 418 622-0274

info@aptsq.com
www.aptsq.com

