



---

## **MÉMOIRE DE L'ASSOCIATION DU PERSONNEL D'ENCADREMENT DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (APER)**

**PRÉSENTÉ À LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

**DANS LE CADRE DES CONSULTATIONS PARTICULIÈRES ET AUDITIONS  
PUBLIQUES SUR LE PROJET DE LOI 15, LOI VISANT À RENDRE LE SYSTÈME DE  
SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX PLUS EFFICACE.**

Mai 2023

**APER Santé et Services sociaux**

T (514) 933-4118 F (450) 486-4849 [aper.qc.ca](http://aper.qc.ca)

## 1. PRÉSENTATION DE L'APER

L'APER tient à vous remercier de l'occasion qui lui est donnée de vous transmettre, aux noms de ses membres, nos réflexions quant au projet de Loi 15, *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*.

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 près de 1400 cadres intermédiaires et supérieurs œuvrant dans les diverses missions en santé et services sociaux des CISSS, CIUSSS, CHU, Instituts, établissements regroupés et autres établissements privés conventionnés.

Notre Association a aussi mis en place une association pour les cadres œuvrant en santé et services sociaux dans le Réseau Santé Vitalité au Nouveau-Brunswick.

De même, notre Association fournit les services juridiques et de relations de travail aux administrateurs membres de l'Association des administrateurs des commissions scolaires anglophones du Québec.

Nous avons donc une longue expérience diversifiée auprès du personnel d'encadrement. Dans le réseau de la santé et des services sociaux, nos membres se retrouvent essentiellement dans le grand Montréal, l'Estrie, l'Abitibi, la Côte-Nord, la Gaspésie et auprès des membres de Premières Nations, des Cris et des Innus. Nous sommes multiculturels, bilingues et avons développé une compréhension des enjeux spécifiques aux cadres du Grand Montréal, des régions, et provenant aussi, des communautés de Premières Nations, des Cris et des Innus.

Finalement, ce qui nous distingue et fait notre marque de commerce, est que nous priorisons les rencontres avec nos membres dans leur environnement de travail, nous permettant ainsi d'avoir une perspective et une compréhension « terrain » des enjeux de notre réseau de santé et de services sociaux au quotidien, voire même et surtout, en pleine pandémie.

**La mission de l'APER est d'être un partenaire de nos membres tout au long de leur carrière à titre de cadre et quel que soit les événements qui se présentent à eux, incluant une réforme du réseau de la santé et des services sociaux.**

Sans détour et sans compromis, cela fait maintenant 50 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, en passant par 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, des CISSS et des CIUSSS, l'APER a été un partenaire important dans l'élaboration des conditions de travail, de rémunération, d'assurance, de retraite et en gros, 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 50 dernières années ? On ne peut passer sous silence :

- Le rapport Rochon
- Les OSIS
- La décentralisation et la désinstitutionnalisation
- L'organisation centrale de la santé publique
- Les fermetures et les fusions forcées d'hôpitaux
- Le virage ambulatoire
- Les mises à la retraite 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 (Réforme Couillard)
- La gestion participative, la gestion *Lean*, la gestion *optimale*, la gestion *Plaintree*, la gestion par programmes, la gestion par plateaux, la gestion Toyota...
- La création et la mise en place des CISSS, des CIUSSS (Réforme Barrette)
- Sans passer sous silence, nombre de réorganisations administratives, restructurations et compressions budgétaires locales, régionales et provinciales au cours des 50 dernières années.

Les cadres ont été les **acteurs principaux** de la mise en place de ces diverses réformes imposées à notre réseau au cours des 50 dernières années par divers gouvernements et ministres de la Santé et des Services sociaux.

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 et ceci, tout en maintenant l'entièreté des services de santé et de services sociaux à la population.

**En outre, nous profitons de la présente tribune pour remercier l'apport inestimable des cadres du réseau de la santé et des services sociaux dans la gestion d'une pandémie mondiale qui aura duré plus de 3 ans.**

## 2. REGARD HISTORIQUE

Dans toute réflexion en lien avec une réforme, il est important de regarder d'où l'on vient pour être en mesure d'éviter les erreurs du passé et afin de mieux comprendre l'ensemble des problématiques qui plombent notre réseau.

Car nous sommes d'accord avec le ministre Christian Dubé et nombre d'intervenants qui sont passés en commission parlementaire, voulant que le statu quo ne soit pas une option. Il est clair que le climat est actuellement délétère dans le réseau de la santé et des services sociaux et les raisons sont multifactorielles, dont le contrecoup de la gestion de la pandémie que le réseau vient de compléter.

Mais avant de vous soumettre nos commentaires et suggestions concernant le PL-15, permettez-nous un retour en arrière et établissons ensemble certains fondamentaux.

En effet, il est important de comprendre que la création de notre réseau de santé universel au Québec, comme au Canada d'ailleurs, a été créé avec une concession majeure faite aux médecins.

En 1971, au Québec, la priorité des médecins n'était pas de mettre en place un système de santé universel pour leurs concitoyens, mais bien d'assurer leur autonomie, leurs revenus et leur façon de faire.

Le compromis qui a été donné à l'époque aux médecins était de leur permettre d'évoluer dans notre système de santé à titre de travailleurs autonomes.

Loin d'être un jugement de valeur, c'est un fait fondamental pour le reste de l'histoire et qui a, maintenant encore davantage, un impact majeur sur le climat de travail dans le réseau de la santé.

Le compromis fait aux médecins en 1971 a permis la création de deux systèmes. Le système médical et le système de santé et de services sociaux. Ces deux systèmes fonctionnent en parallèle et ils ne s'aident pas. Les deux systèmes ont des impératifs, des manières de faire et des objectifs bien différents.

Pour bien illustrer notre propos, permettez-nous de vous en faire une démonstration. Si l'on prend, par exemple, un orchestre symphonique qui représenterait le réseau de la santé, la soprano soliste invitée représenterait le système médical.

La soliste invitée ne connaît pas le travail qui a dû être fait pour préparer la salle, vendre les billets, s'assurer de la sonorisation et de l'éclairage et que tout fonctionne lorsqu'elle donnera sa prestation. Elle arrive, elle fait sa prestation et elle quitte. Elle travaille très bien et c'est un succès, comme nos médecins d'ailleurs, mais elle est une travailleuse autonome et c'est dans l'essence même des travailleurs autonomes de travailler pour eux-mêmes. Ils font un excellent travail pour s'assurer d'avoir plus de contrats.

Encore une fois, ce n'est pas un jugement de valeur. Un travailleur autonome travaille pour lui, un salarié travaille pour un employeur. Les dynamiques sont donc très différentes et amènent, par conséquent, une complexité de gestion dans l'ensemble du réseau directement et indirectement, et qui seront exposés plus loin.

Ainsi, notre soliste invitée, à l'instar des médecins dans notre réseau, ne connaît pas les conventions collectives, les règles applicables, les limites imposées au réseau par le MSSS, le Conseil du trésor et le ministère des Finances dans la saine gestion de l'argent des contribuables.

Sur le terrain, cette complexité de gestion apporte son lot de frustrations de part et d'autre du système médical et du système de santé, et est actuellement au cœur même du climat délétère que nous vivons actuellement.

Ajoutons, et nous devons le dire n'ayant pas eu l'occasion de le faire lors des rencontres sur le Plan Santé malgré nos demandes répétées, que le système médical dans son ensemble, mais particulièrement, les médecins spécialistes, aurait largement avantage à descendre au « niveau des pâquerettes » et entendre ce que les employés, les professionnels et les cadres auraient à dire en lien avec leur comportement au travail.

Quand on se fait dire dès la première journée à la faculté de médecine qu'on est la « crème de la société », cette perception de soi entraîne, dans la majorité des cas, un environnement délétère pour les employés, professionnels et cadres avec qui ils ont à travailler.

Comme nous le répètent nos membres : « *Les cadres sont condamnés à gérer avec les médecins* » et c'est peut-être une grande nouvelle pour le système médical, mais le réseau de la santé et des services sociaux n'est pas à leur service et ne leur appartient pas.

Maintenant, comment ces deux (2) systèmes ont évolué pour arriver à la situation que nous avons aujourd'hui et qui de l'accord de tous, nous amène à dire que le statu quo n'est plus une option ?

Au cours des 25 dernières années, les divers gouvernements ont sabré dans le financement du système de santé et de services sociaux, sans pour autant toucher à la même hauteur, le système médical. Au contraire, ce dernier a vu ses revenus augmenter de façon substantielle !

Il est vrai que pendant un certain nombre d'années, le système médical n'a pu bénéficier d'augmentation de revenus au même rythme annuel, mais jamais à la hauteur des compressions vécues à répétition par le système de santé et de services sociaux.

Au cours des 25 dernières années, les divers gouvernements ont procédé à des réformes uniquement dans le système de santé et de services sociaux, sans jamais vraiment procéder à une réforme en profondeur du système médical ou du moins à l'analyse de son fonctionnement dans les établissements.

Pourtant, si l'on regarde aujourd'hui les problèmes récurrents depuis des années, sont :

- Avoir un médecin de famille
- Avoir accès rapidement à un médecin
- Listes d'attente pour les chirurgies et aussi les traitements
- Attente aux urgences
- Accès à un médecin spécialiste

Le point commun de ces problèmes est médical. Vous avez pu constater à la lecture de notre mémoire que le système de santé et de services sociaux a essayé toutes les méthodes de gestion possibles et inimaginables afin de rendre le système plus efficace et efficient.

Ajoutez à tout ceci, deux (2) grosses réformes mises en place par deux (2) médecins spécialistes.

La réforme Couillard de 2003 a fusionné les CLSC, CHSLD, centres de réadaptation aux hôpitaux. Il s'agissait essentiellement d'une réforme à l'avantage du système médical puisqu'elle était hospitalo-centriste et au détriment du système de santé et des services sociaux.

Qu'est-ce que ça veut dire réellement sur le terrain ? Ça veut dire qu'il faut couper dans tous les autres budgets comme les services sociaux, le maintien à domicile, SAPA, les CHSLD, la prévention pour s'assurer d'un équilibre budgétaire pour les hôpitaux qui sont des gouffres sans fond. (Loi sur budget équilibré)

Ça veut aussi dire qu'il y a beaucoup de cadres, de professionnels et d'employés qui sont frustrés de voir que leur budget, même réservé, est utilisé pour l'hôpital et le système médical.

Ça ne veut pas dire que l'argent n'est pas utilisé pour les patients, mais ça veut dire que le budget des autres missions est utilisé pour éponger ce que le système médical demande. Les demandes du système médical, en contrepartie, ne sont jamais contrôlées et vérifiées par qui que ce soit, leurs membres étant des travailleurs autonomes, ils dictent ce qu'ils veulent au réseau, et celui-ci doit obtempérer.

Malheureusement, le système de santé et de services sociaux n'a pas le pouvoir d'encadrer et de vérifier la pertinence du système médical, comme nous le faisons pour l'ensemble des employés et professionnels qui y travaillent. Et encore moins les outils pour le faire.

L'imputabilité, chère à notre ministre, est déjà présente pour l'ensemble des employés, professionnels et cadres du réseau de la santé et des services sociaux, mais ceux-ci sont à même de constater au quotidien que ce n'est pas le cas pour le système médical, causant un niveau de frustration important.

La réforme Barrette de 2015 était aussi une réforme du système de santé et de services sociaux à l'avantage du système médical. Cette réforme a permis la fusion et le regroupement des CSSS de M. Couillard et des Centres jeunesse avec des hôpitaux qui n'avaient pas encore été regroupés dans les CSSS.

La violence de la fusion, l'ampleur de ces 34 nouveaux établissements et l'abolition de plus de 2000 postes de cadres de proximité ont créé un climat de travail délétère voire toxique pour tous, incluant nombre de médecins et ont complexifié grandement le travail de tous.

Quand les employés, professionnels et cadres sont en mesure de voir, entre autres :

- Que les revenus des médecins spécialistes ont augmenté de façon disproportionnée par rapport aux compressions qu'on impose aux employés, professionnels et cadres ;
- Que, par exemple, la clinique de fertilité du CHUM qui avait le plus au niveau d'expertise au Canada et qui faisait des surplus de plus de 200 000\$ par année a été fermée et transférée dans des cliniques privées à l'avantage des médecins ;
- Que pendant qu'on éponge les déficits des hôpitaux avec leur budget, les cadres des centres jeunesse ont vu leurs employés et professionnels quittés pour des emplois à l'intérieur des autres missions, causant directement les tragédies que nous avons vues et qui sont en lien direct avec la réforme Barrette et la fusion des accréditations qui relèvent de cette fusion ;
- Que la création d'Optilab n'a pas apporté les économies escomptées, bien au contraire et le seul réel avantage de cette fusion a été d'augmenter de façon importante les revenus des médecins qui y travaillent ;
- Qu'il manque des gestionnaires de proximité en support des équipes sur le terrain et qu'il manque des gestionnaires dans les départements en soutien des équipes cliniques entraînant des délais et en complexifiant à outrance le travail des cadres, professionnels et employés.

Quand on constate l'ampleur des compressions et des réformes à répétition et qu'on est en mesure de constater au quotidien que le système médical a largement profité de ces deux réformes, il y a une grande frustration et un désenchantement qui est prévalent partout, même dans les missions qui n'ont pas à travailler avec le système médical.

Cette situation est à l'origine du climat délétère que nous avons actuellement, car elle est la somme de tous les gestes posés à l'égard du système de santé et de services sociaux depuis 25 ans.

Le statu quo n'étant pas une option, il est de la responsabilité de tous, incluant le système médical, de travailler à améliorer ce climat de travail qui permettra l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre dont nous avons tous besoin pour rendre les services à la population.

### 3. LA RÉFORME DE PL-15

Le premier message que nous voudrions transmettre au ministre de la Santé et des Services sociaux est de souligner que nous apprécions l'importance qu'il met dans la communication, la transparence et le respect à l'égard des parties prenantes de cette réforme dans la planification et la mise en place de celle-ci.

En effet, en début 2022, en pleine gestion de la pandémie, nous avons sondé nos membres afin d'évaluer l'ampleur de l'impact de la réforme Barrette. Nos membres nous ont confirmé à plus de 70% que le traumatisme de la réforme Barrette avait eu un impact plus grand que le traumatisme de la gestion d'une pandémie mondiale.

Par conséquent, l'approche de discussion avec les parties prenantes, dont nous sommes, est largement appréciée par nos membres et ceux-ci souhaitent que l'APER ait l'occasion de continuer à participer, au-delà de la présente consultation, aux différents rencontres et comités permettant la réflexion et la mise en place de cette réforme.

**Nos membres sont entièrement en accord avec les objectifs de PL-15 que sont l'efficacité, l'accessibilité, la coordination et la gestion de proximité incluant, et surtout, le principe de subsidiarité.**

En effet, les effets néfastes de la réforme Barrette ont été clairement dénoncés par les intervenants syndicaux en ce que même leurs membres demandent d'avoir plus de cadres de proximité et aussi, plus de cadres dans les services en soutien.

Le principe de subsidiarité entrainera un nouveau paradigme qui sera complètement différent de ce que nous connaissons actuellement dans notre réseau.

À l'heure actuelle, nous relevons, souvent, des fonctionnaires du MSSS et du Conseil du trésor qui en bout de piste prennent des décisions, alors qu'ils se trouvent, tous, très loin des enjeux « terrain », ce qui a pour conséquence qu'une simple décision dans une unité ne peut être prise par la cadre, chef de cette unité.

En effet, une cheffe d'unité qui reçoit une demande de ses employés peut devoir, avant de pouvoir répondre, demander à sa coordonnatrice qui devra demander à la directrice adjointe qui devra demander à sa directrice qui devra demander à la directrice générale adjointe qui devra en discuter avec le PDG qui devra en discuter avec le MSSS qui devra faire une demande au Conseil du trésor et au ministère des Finances, pour qu'ensuite le tout redescende.

De même, nous considérons que le nombre de cadres dans les départements en soutien des services cliniques (technique, ressources humaines, finances, informatique) devrait aussi augmenter, car leur travail permet de simplifier le travail de leurs collègues et d'assurer une meilleure gestion de proximité efficace.

- **Nous suggérons donc que l'APER soit associée à une démarche afin d'établir les modalités pour assurer le principe de subsidiarité pour une gestion de proximité efficace.**
- **Nous apprécions l'augmentation du nombre de cadres de proximité en soutien des équipes, mais il est important aussi d'augmenter le nombre de cadres dans les départements en soutien des services cliniques afin d'accélérer les processus et d'accroître l'efficacité.**

En ce qui concerne l'ensemble de PL-15, voici ce que nos membres ont à vous faire connaître et vous suggérer :

## **A. Santé Québec**

Nous sommes en accord pour la création de Santé Québec puisqu'il s'agit d'une de nos demandes en 2014 lors de la consultation publique sur PL-10. Nous avons, cependant, quelques éléments à vous mentionner et sur lesquels il serait important de prendre le temps d'y réfléchir.

Le fait de devenir une société d'État avec reddition de compte au gouvernement et aux élus permettrait, selon nous, de ne plus avoir une réforme tous les huit / neuf ans. L'énergie, les ressources financières et humaines ainsi que le temps consacré à mettre en place une réforme exigent de la main-d'œuvre, du temps et de l'argent que nous n'avons plus le luxe d'utiliser pour cet exercice.

À tout événement, s'il fallait que Santé Québec ne fonctionne pas, il serait impossible à l'avenir de procéder à une nouvelle fusion d'établissements comme nous avons vécu au cours des vingt (20) dernières années. La prochaine réforme, si elle a lieu, exigera de défusionner.

### ○ **Éléments de réflexion et demandes :**

1. Considérant que depuis plus de 50 ans, le MSSS se trouve dans la ville de Québec et que cette situation ne permet pas, selon nous, d'avoir une vision globale de l'ensemble du Québec, **nous demandons que le siège social de Santé Québec soit dans le Grand Montréal** où plus de 50% de la population y réside. Le MSSS sera ainsi maintenu dans la ville de Québec et le siège social de Santé Québec étant dans le Grand Montréal, ceci permettrait de mieux couvrir l'ensemble du Québec, d'ouest en est et du nord au sud. Ceci permettrait aussi d'avoir une meilleure compréhension des enjeux de l'ensemble des régions du territoire québécois.

2. **Que Santé Québec ait la pleine légitimité quant à la gestion de son budget** sans devoir demander constamment l'accord du conseil du trésor et du ministère des Finances, tout ceci en sachant que comme toute société d'État, les dirigeants seront imputables et devront faire une reddition de compte au gouvernement et aux élus. Ceci aura comme conséquence directe d'assurer une meilleure efficacité des services que nous avons actuellement.
3. **Nous ne recommandons pas que Santé Québec devienne à terme, un employeur unique avec ancienneté globale pour l'ensemble du personnel du réseau de la santé et des services sociaux**, et voici les raisons justifiant cette recommandation :
  - Nous avons déjà un modèle en place qui a démontré clairement son inefficacité quant à une ancienneté globale et nous a permis, aussi, d'identifier en fait, les effets pervers. En effet, Optilab qui se devait d'être plus efficace à moindre coût, nous a permis de découvrir qu'en fait, c'est moins efficace et engendre des coûts additionnels qui sont en lien direct avec la notion d'ancienneté globale. En effet, les employés des laboratoires des divers établissements fusionnés dans la même grappe Optilab ont depuis la fusion, une ancienneté globale Optilab. Ce que ce projet nous a permis de constater, c'est que les systèmes, les façons de faire, les appareils et les équipements ne sont pas les mêmes d'un établissement à l'autre même s'ils font partie de la même grappe. Par conséquent, les employés sont effectivement plus mobiles et peuvent décider à tout moment de changer d'établissements dans la même grappe puisqu'ils ont une ancienneté globale au sein de celle-ci.
  - Cependant, ces changements d'établissement par les employés ont entraîné des coûts de formation et d'orientation qui ont grandement excédé les économies escomptées. En effet, un employé qui décide de quitter son établissement pour travailler dans un autre établissement de la même grappe doit être formé avec les protocoles, appareils et équipements de son nouvel employeur, ce qui peut prendre jusqu'à un an. C'est un coût énorme et ça nuit à l'efficacité des services fournis par les laboratoires. Il a d'ailleurs été démontré qu'il y a beaucoup d'employés qui ont essayé des postes, ont donc été formés et ont finalement pris un poste ailleurs dans un établissement de la même grappe, ce qui a engendré des coûts additionnels. Le MSSS lui-même reconnaît que le maintien d'Optilab n'est pas une option.

- À plus grande échelle si Santé Québec devient le seul employeur, ce sera la même chose puisque les employés auront une ancienneté globale. Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux n'ont pas les mêmes protocoles, les mêmes équipements, les mêmes façons de faire et le même matériel. De plus, nous avons des établissements qui fournissent des services primaires et secondaires et d'autres qui fournissent aussi des services tertiaires et/ou quaternaires, ce qui demande des expertises pointues. Il faudra donc investir temps, énergie, ressource et argent pour former le nouveau personnel alors qu'il n'y aura aucune garantie que ces nouveaux employés demeureront en poste, ce qui n'est pas efficace et nuit à la stabilité des équipes, en plus d'être très dispendieux.
- Ajoutons à cette problématique, le fait que les hôpitaux et établissements universitaires ont une mission d'enseignement qui exige, pour beaucoup de postes, une expertise additionnelle qui demande de la part des cadres et du personnel en place, énormément de temps et d'énergie afin de former adéquatement le nouveau personnel.
- Nos vérifications faites auprès de nos établissements, même ceux de l'île de Montréal, nous démontrent que dans les faits, il s'agit essentiellement des employés de moins de deux (2) ans d'ancienneté qui ont le plus haut taux de mobilité et ceci s'explique, non pas en matière de génération, mais plutôt dû au fait qu'il y a plus de postes disponibles un peu partout et que la grosseur des établissements depuis la réforme Barrette a entraîné un effet d'isolement pour le personnel et les cadres. Cet isolement est difficile pour tous, mais c'est particulièrement stressant et difficile pour les plus jeunes employés et cadres. Quelle que soit la mission (CJ, CHSLD, CH, CR, CLSC), le type de travail qui est demandé exige d'être en mesure d'échanger avec son supérieur et d'autres collègues. Donc la mobilité conférée par un seul employeur et une ancienneté réseau s'avère dans les faits, comme à Optilab, une fausse bonne idée avec des effets pervers dispendieux.
- En outre, comme association représentant des cadres, nous sommes à même de vous confirmer que ceux-ci n'ayant pas la sécurité d'emploi comme les employés, nous nous voyons confrontés à des « fins d'emploi » à raison d'au moins une par semaine. Cette situation a été dénoncée à multiples reprises au MSSS par les trois (3) associations de cadres.

- Il ne s'agit pas de véritables congédiements, mais bien de remplacement d'un cadre par fin d'emploi et souvent, à la suite de l'arrivée d'un nouveau supérieur qui veut mettre en place sa propre équipe. Il est très facile pour les employeurs actuels de mettre fin au lien d'emploi d'un cadre et généralement, celui-ci sera en mesure de se replacer chez un autre employeur du réseau. S'il n'y a qu'un seul employeur avec Santé Québec, les cadres concernés ne pourraient plus se replacer dans notre réseau, comme ils le font actuellement, alors que dans plus de 90% des cas, il ne s'agit pas d'incompétence ou de raisons disciplinaires. Ceci peut vous paraître étrange, mais c'est la réalité de notre réseau et il serait malheureux de perdre cette main-d'œuvre hautement qualifiée et expérimentée au bénéfice du privé ou des provinces avoisinantes comme la réforme Barrette l'a permis.
  - S'il y a maintien d'un seul employeur pour tout le réseau de la santé et des services sociaux, nous demandons qu'à l'instar des cadres de la fonction publique, les cadres de notre réseau détiennent la sécurité d'emploi, ce qui éviterait de perdre de la main-d'œuvre expérimentée et qualifiée.
  - Finalement, en ce qui concerne la fusion des accréditations pour seulement quatre (4) accréditations, il faut évaluer cette modification substantielle du climat de travail avant de procéder à celle-ci. En effet, toutes modifications concernant les unités d'accréditation doivent être évaluées en tenant compte de la paix industrielle et la paix sociale, ainsi qu'en évaluant les gains potentiels ou non, en contrepartie de telles modifications. Nous avons démontré, par le biais du projet Optilab que la mobilité vient avec un coût important en argent, en temps et en ressources, sans apporter les plus-values annoncées et ayant justifié cette réforme et fusion des laboratoires. Dans ce contexte, nous ne voyons aucun gain d'efficacité pour le réseau même si ça pourrait rendre les négociations de convention collective plus efficaces pour le Conseil du trésor. En contrepartie, les négociations deviendraient aussi plus efficaces pour les centrales syndicales.
4. **Nous recommandons donc que Santé Québec agisse comme « société mère » avec des « filiales » que seront les établissements actuels**, ce qui permettrait d'avoir une gestion par Santé Québec sur les grands enjeux en lien avec les orientations ministérielles et de permettre aux PDG avec leur équipe respective d'assurer une gestion de proximité en lien avec les besoins de leur territoire. On éviterait ainsi les écueils de l'ancienneté globale que nous avons vus avec le projet Optilab alors même que la question de la mobilité dans le réseau n'a pas été étudiée rigoureusement avec l'ensemble du personnel.

5. **Nous recommandons aussi que le nom de Santé Québec soit en fait Santé et Services sociaux Québec** puisque cet organisme aura charge des services sociaux offerts en CLSC et en Centre jeunesse. Il est difficile de concevoir pour les cadres des centres jeunesse de quelle façon ils pourraient relever d'un employeur nommé Santé Québec. À ce titre, les centres jeunesse pourraient relever autant du ministère de la Famille, du ministère de la Justice ou du ministère de l'Éducation. Nous insistons sur ce point parce que nous avons demandé en 2014 que les centres jeunesse soient exclus de la réforme Barrette, ce qui a été refusé avec les résultats que nous avons, malheureusement, pu constater tant pour le personnel, les cadres que les enfants de ce milieu. Il est encore plus important qu'avec une nouvelle réforme, ceux-ci n'en soient pas les victimes à nouveau.
6. Il devient encore plus primordial d'évaluer préalablement, l'ancienneté globale, afin que nous soyons en mesure de maintenir en poste les employés qui y œuvrent actuellement et afin d'éviter les catastrophes vécues par ce milieu pour donner suite à la réforme Barrette.  
Par ailleurs, comme le réseau de la santé et des services sociaux utilise très souvent des acronymes et SQ étant déjà utilisé ailleurs, nous aurions intérêt à trouver un autre nom.
7. C'est depuis 1971 que le réseau de la santé et des services travaille en collaboration avec des entrepreneurs et sociétés privés que sont nos médecins. À cet égard, il serait important en matière d'équité avec l'ensemble des établissements de Santé Québec que les médecins, eux aussi, à terme, aient les mêmes obligations de vérification et de reddition de compte de l'argent des contribuables.
8. À l'instar de plusieurs intervenants, et comme clairement énoncé lors d'une réunion du Plan Santé, **nous demandons que les efforts soient prioritairement investis dans les CLSC plutôt que dans les GMF** comme PL-15 le prévoit. Nous avons, au Québec, un outil remarquable que sont les CLSC comme porte d'entrée du réseau de la santé et des services, comme outil de prévention, comme services multidisciplinaires qui peuvent permettre d'alléger le fardeau de nos médecins œuvrant dans nos établissements. Il s'agira pour Santé Québec de s'assurer de les utiliser au maximum de leur capacité par une organisation et coordination avec les urgences et les établissements. Les données probantes concernant les GMF démontrent clairement qu'ils n'ont pas rencontrés, et de loin, les obligations qu'ils se devaient d'atteindre, c'est-à-dire, aider au désengorgement des urgences hospitalières et s'assurer de la prise en charge de plus de patients. En outre, la création des GMF s'est aussi traduite par le transfert des ressources professionnelles vers ceux-ci entraînant une perte importante de services psychosociaux de première ligne en CLSC.

9. Nous avons, par ailleurs, un questionnement concernant en particulier les **établissements regroupés** qui font partie de l'annexe II de PL-15. En effet, nous avons beaucoup de membres qui travaillent dans ces établissements et à la lecture de **l'article 1175 qui énonce que : « Les employés d'un établissement regroupé (Annexe II) deviennent, sans autre formalité, les employés de Santé Québec »** alors qu'à l'article 1087, il est prévu que : **« Les CISSS (et nous imaginons les CIUSSS) et les établissements non fusionnés (...) sont fusionnés à Santé Québec à la date qui suit de six mois celle fixée par le gouvernement en vertu de ce qui précède le paragraphe 1 de l'article 1180 de la présente loi. »**

- Pourquoi existe-t-il une différence entre les employés des CISSS, CIUSSS, les établissements non fusionnés et les employés des établissements regroupés ?
- Comment se feront cette fusion et cette intégration d'employés à Santé Québec à des périodes différentes, alors que ces employés travaillent dans les faits pour un même CIUSSS ou CISSS ?

## **B. La « gestion » médicale (articles 178 et suivant)**

À la lecture des articles 181 et suivant de PL-15, nous avons pu constater une différence majeure entre ce texte et celui inscrit dans la LSSSS. En effet, dans cette loi, plus particulièrement à son article 189, il est prévu pour les chefs de département clinique que :

*« Le chef de département clinique exécute, sous l'autorité du directeur des services professionnels, les responsabilités suivantes :*

*1° **coordonner**, sous réserve des responsabilités exécutées par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, conformément à l'article 214, les activités professionnelles des médecins, dentistes et pharmaciens et, le cas échéant, des biochimistes cliniques de son département. »*

**Alors qu'à l'article 181 et suivant de PL-15, nous retrouvons :**

*« Outre les autres fonctions que lui confère la présente loi, le chef de département clinique exerce, sous l'autorité immédiate du directeur médical les fonctions suivantes :*

**1° à l'égard des professionnels qui font partie de son département :**

- a) Coordonner les activités qu'ils exercent au sein du département de même qu'évaluer et maintenir leur compétence ;*
- b) Assurer la distribution appropriée des services qu'ils fournissent ;*

- c) Élaborer les modalités d'un système de garde assurant en permanence la disponibilité de professionnels faisant partie du département
- d) *Élaborer les règles de fonctionnement du département. »*

**En outre aux articles 186 et 187 de PL-15, il est prévu que :**

*« 186. Chaque service est dirigé par un chef de service.*

*187. **Sous l'autorité immédiate du chef de département clinique,** le chef de service exerce à l'égard du service les mêmes fonctions et pouvoirs que le chef de département clinique exerce à l'égard du département. Il ne peut cependant élaborer de règles contraires à celles élaborées par le chef de département clinique.*

*Les dispositions applicables au chef de département clinique prévues aux articles 179 à 185 sont, pour le reste, applicables au chef de service, avec les adaptations nécessaires. »*

Donc, essentiellement, si nous comprenons bien, PL-15 donne, maintenant, la gestion de tous les professionnels d'un département qu'ils soient infirmières, psychologues, infirmières auxiliaires, ergothérapeutes, physiothérapeutes ou autres, à un médecin, chef de département ?

En outre, la cheffe de service, selon PL-15, sera sous l'autorité du chef de département. Nos membres nous ont beaucoup parlé de cette proposition dans le projet de loi et il est clair pour tous que ce n'est pas ce qui va permettre une meilleure efficacité du réseau de la santé et des services sociaux, bien au contraire, nous risquons de nous retrouver dans un chaos pour les raisons suivantes :

1. Les médecins sont débordés et doivent satisfaire des attentes gouvernementales
2. Les médecins n'ont aucune formation en gestion et très peu d'intérêt envers le sujet
3. Les médecins sont formés pour gérer un patient à la fois, les cadres sont formés pour gérer un ensemble
4. Les médecins ne connaissent pas les conventions collectives, les obligations en vertu des Chartes, les lois en santé et sécurité au travail, la loi pour contrer le harcèlement psychologique au travail, la loi sur les normes du travail et les relations avec les syndicats en ce qui concerne les professionnels du notre réseau qui ne sont ni médecin, pharmacien, dentiste, sage-femme ou biochimiste
5. Les médecins ne connaissent pas le système de santé en ce qui concerne la gestion matérielle, des ressources humaines, des finances, de la paye, des ressources informatiques, etc.
6. Pour les cadres qui font de la cogestion actuellement avec un médecin, voici les commentaires :
  - *« La plupart des médecins qui font de la cogestion ne dédisent aucun temps pour faire de la gestion. Ils ne font que des activités cliniques, alors il faut toujours « se squeezer » entre deux patients pour être en mesure de leur parler. »*

- « Les médecins ne connaissent pas le fonctionnement du système de santé. Ils vont chialer parce qu'il n'y a pas de stylos sur « leur » bureau dans « leur » hôpital. Ils ne sauraient pas où trouver un stylo. »
- « Il est très difficile d'établir des relations de cogestion d'égal à égal (pour ne pas dire toujours) avec eux. Ils se positionnent en haut du cadre même lorsque leur titre de gestion est au même niveau hiérarchique que son cogestionnaire non-médecin. C'est très frustrant pour tout le monde, ça mélange les équipes en ce qui concerne les rôles de chacun, et le temps nécessaire que l'on doit prendre pour leur montrer que leur décision n'a pas de sens demande un temps fou ! »
- « Il est difficile de croire qu'ils agissent pour le bien des usagers alors que souvent leurs solutions comportent un gain financier important pour eux. Mes employés ne sont pas fous et voient bien que ça profite d'abord au médecin. Ça crée beaucoup de frustration. »
- « Leur intérêt financier guide souvent leurs décisions de gestion. Il y a un conflit d'intérêts notoire entre ce qui est bon pour les usagers et le service, et ce qui est bon pour leur portefeuille. »
- « Je leur ai posé la question à savoir s'ils voulaient avec PL-15 prendre la gestion du département et ils m'ont répondu : « pas s'il n'y a pas d'argent en plus ».
- « Je fais de la cogestion avec un médecin et elle ne fait aucun partenariat avec moi, elle ne fait que du top down avec beaucoup d'attitudes. »
- « Avant de leur demander de faire de la gestion, il faudrait d'abord qu'ils soient formés en gestion et comprendre les conventions collectives, la gestion des horaires, etc. »
- « Je ne sais pas si je dois rire de cette proposition ou pleurer ma vie. Quel environnement chaotique nous allons avoir ? »
- « Ils ont de la misère à respecter leurs horaires...ensuite, ils seraient en mesure de dire aux professionnels du département de respecter leur horaire... ? »
- « Eh bien...ils vont faire la répartition des tâches, ils vont combler le manque de personnel, ils vont faire les évaluations annuelles, ils vont faire les redditions de compte auprès de ma supérieure... vraiment...et la gestion des vacances du personnel, ils vont faire quoi? »
- « Difficile pour mon chef de département d'avoir une crédibilité auprès des autres professionnels, il arrive presque toujours au bloc à 10h quand tout le monde est là à 7h et il chiale parce que le personnel ne veut pas faire de temps supplémentaire. »
- « Mon cogestionnaire ne fait pas de la gestion, il fait du favoritisme avec certaines employées et l'on passe beaucoup de temps avec les RH à gérer les griefs des autres employés. »
- « On fait quoi quand ils décident de ne pas faire leur travail de gestion comme ils le font actuellement ? »
- « Dans mon département, j'ai beaucoup d'employés qui ont des doctorats et ils n'apprécient pas du tout le ton hautain du chef de département. »
- « À mon bloc opératoire, le chirurgien et l'anesthésiste regardent ensemble leur index afin de savoir ce qu'ils vont facturer à la RAMQ devant tous les professionnels...vous pensez vraiment qu'ils vont les suivre ? »

- « *Mon chef de département ne fait absolument rien en ce qui concerne les problèmes de comportement ou les problèmes d'assiduité des médecins alors que c'est leur job et là ils vont le faire avec tous les professionnels ?* »
- « *C'est clair que je quitte le réseau si le chef de département est mon supérieur. J'ai déjà un supérieur. Je fais quoi si le chef de département me dit de faire quelque chose et que ma supérieure me dit de ne pas le faire... ?* »
- « *Une de mes cheffes de département, car il y en a plusieurs, part avec l'équipement du CLSC pour sa clinique...et elle va être ma boss ?* »

Nous réitérons que les médecins ne sont pas des employés du réseau, mais bien des travailleurs autonomes. Il est de l'essence même des travailleurs autonomes de travailler pour eux-mêmes.

Par conséquent, les médecins n'ont pas la formation et la connaissance pour être en mesure de gérer les professionnels de leur département respectif. En outre, les médecins qui font déjà de la cogestion avec un cadre en ce moment, ne sont pas en mesure de faire tout le travail requis et aussi, d'une façon régulière.

En mettant les chefs de département en autorité des chefs de service, il y aura une confusion de rôles pour le personnel. Les chefs de département sont des médecins et leur priorité est, à juste titre, la médecine. Ils n'ont pas, actuellement, le temps pour de faire de la cogestion à temps plein, ils auront encore moins de temps, s'ils deviennent l'autorité face aux chefs de service et aux professionnels du département. Ce ne serait donc pas efficace et les employés auront de la difficulté à déterminer qui est véritablement en autorité entre le chef de département et le chef de service.

En outre, lorsque la décision du chef de département ne respectera pas les conventions collectives, les protocoles, les ententes locales, les chartes et autres lois, le chef de service devra demander au directeur médical d'intervenir, et le directeur médical devra souvent consulter les ressources humaines avant d'être en mesure d'intervenir auprès du chef de département. Tout ceci prend temps, énergie et ressources.

Un simple exemple dont nous avons été témoins : un chef de département ne voulait pas travailler avec une infirmière parce qu'elle portait un voile. Le médecin voulait que la cheffe de service déplace l'infirmière dans un autre département alors que celle-ci était détentrice de poste.

Avec les modifications proposées par PL-15, le chef de département aurait l'autorité de déplacer l'infirmière en question et l'employeur serait aux prises avec un grief et une plainte de discrimination alors même qu'il n'a aucun pouvoir à l'encontre du chef de département puisque celui-ci n'est pas un de ses employés.

Les employés du réseau ont des règles à suivre, une charge de travail déterminée, des évaluations annuelles et des redditions de compte à faire auprès de leur supérieur respectif, ce que les médecins n'ont pas.

Comme l'objectif visé par PL-15 est l'efficacité du réseau de la santé et des services, nous croyons qu'il n'y aura aucune amélioration de cette efficacité en ayant des chefs de département, médecins, qui auront une autorité envers les chefs de service et tous les professionnels du département, bien au contraire.

Les médecins eux-mêmes ont admis dans un sondage qu'ils passaient déjà beaucoup trop de leur temps dans la gestion administrative.

Nous avons affirmé que tous s'entendaient pour dire que le statu quo n'était pas une option. Le climat de travail est actuellement à un point de bascule pour notre réseau et est causé par la frustration que suscite le comportement du système médical et les deux réformes mises en place par des médecins spécialistes.

Tous les employés, professionnels et cadres sont témoins au quotidien du comportement du système médical. Ils sont aussi en mesure de voir l'iniquité de traitement entre eux et le système médical, et cette iniquité n'a cessé d'augmenter particulièrement depuis les réformes Couillard et Barrette. Il s'agit aussi d'une iniquité majeure qui laisse un goût amer aux employés, professionnels et cadres qui travaillent dans le réseau, car ils sont bien conscients qu'elle a été faite sur leur dos.

En outre, le système médical nuit à l'efficacité du réseau de la santé et des services sociaux. Les médecins n'ont pas le temps de gérer leur propre horaire, ils annulent des rendez-vous ou chirurgies à la dernière minute, arrivent en retard en exigeant d'avoir le personnel en place même si nous devons les payer à temps supplémentaire, ne sont aucunement encadrés en ce qui concerne le nombre de tests ou d'actes facturables qu'ils peuvent demander et qui ne sont pas nécessaires, etc.

Notre système de santé et de services sociaux n'a plus le luxe d'éviter de remettre en question et de vérifier ce qui ne fonctionne pas dans le système médical. Les médecins sont eux-mêmes victimes du système médical puisque nous nous retrouvons dans une situation où nous avons de la difficulté à attirer du personnel et à le garder, les Québécois et Québécoises payent pour des services qu'ils ne sont plus en mesure de recevoir, la frustration est grande et ne fait que s'amplifier.

Nous pensons que le réseau de la santé et des services a fait l'objet de multiples réformes et modèles de gestion pour le rendre toujours plus efficace, mais ce qui demeure encore aujourd'hui une source importante d'inefficacité et de dépenses non vérifiées, n'est jamais vérifié, et nous nous demandons pourquoi.

### **C. Statut de travailleur autonome des médecins à évaluer**

En ce qui concerne le statut de « travailleur autonome » des médecins que le gouvernement leur a octroyé en 1971, il est clair, selon la jurisprudence et la fiscalité, qu'ils ne sont pas de véritables travailleurs autonomes lorsqu'ils travaillent dans les établissements du réseau. Ils devraient, selon la définition légale, être des employés et non des travailleurs autonomes.

Si les médecins étaient des employés du réseau lorsqu'ils travaillent dans les établissements de celui-ci, ceci permettrait 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 aussi importants qu'eux dans le fonctionnement de notre système. Cela permettrait aussi de dégager les médecins de leur gestion d'horaire afin de s'assurer de mieux arrimer le tout avec les exigences du réseau de la santé, ce qui donnerait plus de temps aux médecins et assurerait une meilleure efficacité.

Il existe plusieurs exemples d'hôpitaux au Canada et même aux États-Unis où les médecins sont des employés. À titre d'exemple, les médecins à l'Hôpital pour Enfants de Toronto sont des employés, ce qui rend la gestion plus efficace autant pour l'hôpital que pour les médecins eux-mêmes.

**PROPOSITION : Que les médecins soient des employés à salaire ou à honoraires lorsqu'ils travaillent dans les établissements du réseau.**

**PROPOSITION : Chaque année, les gouvernements de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de Terre-Neuve-et-Labrador, du Nouveau-Brunswick et de l'Ontario publient leur *Sunshine List*, permettant aux contribuables de suivre l'évolution des revenus payés par les ceux-ci aux employés, cadres et médecins de l'état. Nous demandons la mise en place d'une telle liste au Québec.**

## **D. L'IMPORTANCE DE LA PREMIÈRE LIGNE, L'APPROCHE POPULATIONNELLE ET LE PATIENT**

Les réformes de 2003 et 2015 furent des réformes majeures du système de santé et des services sociaux ayant comme fausse prémisse de départ que les divers types d'établissements du réseau fonctionnaient en silos et qu'ils ne communiquaient pas entre eux, ce qui était faux.

Ces deux réformes ont en fait peu amélioré les communications et les corridors de service, alors que les effets pervers de ces réformes ont été maintes fois démontrés en ce que les budgets des missions autres qu'hospitalières furent amputés de façon substantielle au profit des hôpitaux.

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, c'est beaucoup plus difficile d'arrimer les employés, professionnels, médecins, systèmes, équipements et façons de faire.

Nous sommes à un point charnière où nous nous devons d'investir de façon importante dans les services de première ligne afin d'être en mesure de rediriger les patients, d'abord, vers ces services afin de désengorger les hôpitaux pour diminuer les coûts et augmenter l'efficacité, et aussi, aider au maintien à domicile.

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.** » (dossier 159383).

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

Ce rapport d'enquête avait été fait à l'époque des CSSS, il demeure encore plus d'actualité considérant l'ampleur des CISSS et des CIUSSS, et aujourd'hui, celle envisagée de Santé Québec.

Nous nous questionnons sur la capacité qu'aura Santé Québec de s'assurer d'avoir une approche populationnelle et de s'assurer de mettre en place les mesures nécessaires au maintien à domicile plutôt qu'en établissement.

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

Avant même de pouvoir imposer quelque forme de réforme que ce soit dans le réseau de la santé et des services sociaux, nous avons l'obligation de nous demander si le réseau a la capacité d'absorber cette nouvelle réforme considérant son ampleur et le contexte dans lequel elle devra s'exercer.

Les gouvernements successifs ont procédé à des compressions importantes au cours des vingt (20) dernières années, le réseau a vécu plusieurs réformes dont deux (2) majeurs en 2003 et 2015, et c'est attaqué de plein fouet à une pandémie mondiale qui, pour le réseau, a duré plus de trois (3) ans et vient à peine de se résorber. Le climat de travail est difficile puisque tous les acteurs de ce réseau sont épuisés, frustrés, anxieux ou impatients, lorsqu'ils n'ont pas tout simplement quitté le navire !

Il a été clairement reconnu par tous, incluant M. Barrette, que beaucoup trop de postes de cadre ont été abolis et le gouvernement actuel reconnaît dans son PL-15 qu'il se doit d'en ajouter pour être en mesure d'avoir les acteurs nécessaires à une meilleure efficacité et en soutien des équipes qui rendent les services à la population.

Les négociations des conventions collectives avec les quelque 200,000 employés du réseau ont débuté et seront particulièrement ardues dans un contexte de réforme et d'inflation. En plus des négociations, il faudra aussi, par la suite, procéder à la fusion des multiples accréditations syndicales de chacun des établissements actuels, ce qui va demander énormément 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. Ces négociations prennent habituellement 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.

**Nous pensons que le réseau actuellement n'a pas la capacité d'absorber la gestion et l'intégration d'une nouvelle réforme surtout de l'ampleur proposée par le PL-15.**

En reconnaissance pour tout ce que le réseau a accompli durant la pandémie, nous leur devons de prendre le temps nécessaire avant de mettre en place une telle réforme, le tout en respect de leur capacité actuelle.

Le principe de précaution s'applique ici.

## NOS RECOMMANDATIONS ET QUESTIONS

- Nos membres sont clairement en accord avec les objectifs de PL-15 que sont l'efficacité, l'accessibilité, la coordination et la gestion de proximité incluant, et surtout, le principe de subsidiarité.
- Nous nous questionnons sur les moyens qui seront donnés à Santé Québec afin que les cadres de proximité puissent agir en pleine capacité et autorité.
- Nous suggérons donc que l'APER soit associée à une démarche afin d'établir les modalités pour assurer le principe de subsidiarité pour une gestion de proximité efficace. Nous demandons le maintien des réunions du Plan Santé en présence des syndicats de médecins.
- Nous apprécions l'augmentation du nombre de cadres de proximité en soutien des équipes, mais il est important aussi d'augmenter le nombre de cadres dans les départements en soutien des services cliniques afin d'accélérer les processus et d'accroître l'efficacité.
- Nous demandons que le siège social de Santé Québec soit dans le Grand Montréal afin d'avoir une vision globale du territoire Québec, le tout en lien avec l'approche populationnelle.
- Nous demandons que Santé Québec ait la pleine légitimité quant à la gestion de son budget.
- Nous ne recommandons pas que Santé Québec devienne à terme, un employeur unique avec ancienneté globale pour l'ensemble du personnel du réseau de la santé et des services sociaux.
- S'il y a maintien d'un seul employeur pour tout le réseau de la santé et des services sociaux, nous demandons qu'à l'instar des cadres de la fonction publique, les cadres de notre réseau détiennent la sécurité d'emploi, ce qui éviterait de perdre de la main-d'œuvre expérimentée et qualifiée.
- Nous recommandons donc que Santé Québec agisse comme « société mère » avec des « filiales » que seront les établissements actuels.
- Nous recommandons que le nom de Santé Québec soit en fait Santé et Services sociaux Québec.
- Nous recommandons que les efforts soient prioritairement investis dans les CLSC plutôt que dans les GMF afin d'avoir une meilleure efficacité de l'ensemble des professionnels.

- **Nous demandons à savoir pourquoi il existe une différence entre les employés des CISSS, CIUSSS, les établissements non fusionnés et les employés des établissements regroupés ?**
- **Nous demandons comment se feront cette fusion et cette intégration d'employés à Santé Québec à des périodes différentes, alors que ces employés travaillent dans les faits pour un même CIUSSS ou CISSS ?**
- **Nous demandons que les médecins soient des employés à salaire ou à honoraires lorsqu'ils travaillent dans les établissements du réseau.**
- **Nous demandons qu'il y ait une liste Sunshine au Québec.**
- **Nous demandons de mieux définir le terme « professionnels » prévu dans les articles 181 et suivant de PL-15 qui octroient, maintenant, la gestion de tous les professionnels d'un département qu'ils soient infirmières, psychologues, infirmières auxiliaires, ergothérapeutes, physiothérapeutes ou autres, à un médecin, chef de département.**
- **Nous nous questionnons sur la capacité qu'aura Santé Québec de s'assurer d'avoir une approche populationnelle et de s'assurer de mettre en place les mesures nécessaires au maintien à domicile plutôt qu'en établissement.**
- **Nous demandons que cette réforme se fasse dans le respect des capacités actuelles des employés, professionnels et cadres du réseau de la santé et des services sociaux.**