

SYNDICALISME

RÉSEAU DE LA SANTÉ

CAHIER THÉMATIQUE J > LE DEVOIR, LES SAMEDI 8 ET DIMANCHE 9 OCTOBRE 2016



Le gouvernement doit **réinvestir** en santé
Page J 2



Les **auxiliaires en santé**: en faire plus pour moins
Page J 5



ISTOCK

Dans l'esprit de Louise Chabot, présidente de la Centrale des syndicats du Québec (CSQ), la «réforme Barrette» repose essentiellement sur une analyse des coûts afin de niveler tout vers le bas. «Tout est pensé par rapport aux coûts, plutôt que de miser sur la qualité, et au risque de perdre de vue les besoins des patients, dit-elle, notamment au détriment des soins à domicile ou de la prévention, comme on l'observe déjà.»

RÉFORME BARRETTE

« C'est inquiétant pour tout le monde »

CLAUDE LAFLEUR
Collaboration spéciale

La profonde transformation du système de santé que met en branle Gaétan Barrette «fait mal... très, très mal au personnel, aux patients et même aux gestionnaires», déclare Louise Chabot, présidente de la Centrale des syndicats du Québec (CSQ).

«Nous avons eu l'occasion de négocier avec le Dr Barrette, notamment au sujet de sa fameuse réforme, poursuit-elle. Et ce que je déplore le plus chez lui, c'est de voir si peu d'écoute de sa part et la négation des problèmes du milieu. Je déplore aussi le fait d'entendre dire qu'il n'y a pas de compressions budgétaires en santé et que sa réforme est là pour les citoyens — alors que, dans les faits, on assiste au démantèlement du réseau de la santé.»



Louise Chabot

Louise Chabot cite à l'appui de ses dires les récents propos de la protectrice du citoyen. Dans son rapport annuel, Raymonde Saint-Germain fait valoir que, «de plus en plus, les critères administratifs ont un poids plus important que les critères professionnels pour déterminer l'accès aux services et leur intensité. C'est le cas tant en matière de santé et de services sociaux que d'éducation ou de paiement de rentes et d'indemnités. C'est ainsi que des personnes sont privées de services dont elles ont pourtant cruellement besoin. Je constate que la performance de gestion a de plus en plus

VOIR PAGE J 4 : RÉFORME

FP-CSN

La centralisation des services aura des effets négatifs

CAROLINE RODGERS
Collaboration spéciale

Les projets qui visent à centraliser les services de santé dans le but d'en diminuer les coûts menacent la qualité de ceux qui sont déjà offerts, dénonce la FP-CSN, qui regroupe les professionnels de la Confédération des syndicats nationaux.

«Avec la réforme du docteur Barrette, on est en train de détruire ce qu'on a mis plus de quarante ans à bâtir», déplore Nancy Corriveau, vice-présidente de la Fédération.

La fin des CLSC?

Elle cite en exemple la cen-

tralisation des ressources vers les médecins des groupes de médecine familiale (GMF), une décision qui risque de heurter la population en bout de course. «On siphonne les ressources des CLSC au point où l'on peut se demander si on ne se dirige pas carrément vers la fin des CLSC, car nous savons, aujourd'hui, que ces ressources ne seront pas remplacées. Elles sont drainées vers le système privé parallèle que sont les groupes de médecine familiale. On prend les budgets des établissements pour les envoyer vers les GMF. On s'inter-

roge à savoir pourquoi on n'a pas pris cet argent pour le mettre dans les services des CLSC. On a pourtant actuellement une première ligne accessible pour tous, qui fonctionne bien.»



Nancy Corriveau

Par exemple, un parent dont l'adolescent éprouve des problèmes de consommation de drogues et qui se serait normalement adressé à son CLSC pour obtenir l'aide de professionnels risque de ne pas obtenir les services dont il a besoin, explique M^{me} Corriveau.

«Ce sont principalement les travailleurs sociaux qui sont transférés, note-t-elle. Avec les

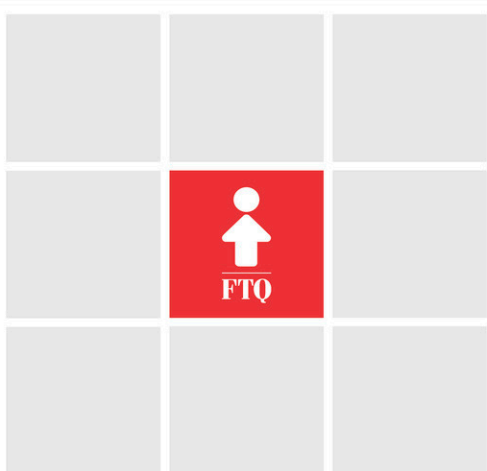
CLSC, il y a des points de service partout, et c'est très accessible. C'est une excellente formule, qui fonctionne bien. Il y a des délégations d'autres pays qui viennent ici pour voir comment notre système de CLSC fonctionne, car c'est un modèle reconnu mondialement, et la tendance, partout, est à la décentralisation. Au lieu de bonifier cette formule et d'investir dans la première ligne, le ministre envoie ces ressources dans les GMF. C'est une vision archaïque où le médecin est au centre de tout. Or, est-ce vraiment nécessaire de voir un médecin pour avoir accès à une

VOIR PAGE J 6 : SERVICES



ISTOCK

Nancy Corriveau, vice-présidente de la FP-CSN, craint une réduction des services disponibles en CLSC.



La santé au Québec C'EST PUBLIC!

ftq.qc.ca | twitter.com/ftqnouvelles | www.facebook.com/laFTQ

RÉSEAU DE LA SANTÉ

Optilab : une centralisation qui soulève des craintes

CYNTHIA RIVARD
Collaboration spéciale

La réforme instaurée par le ministre Barrette créant les superstructures que sont les CISSS et les CIUSSS est à peine achevée que d'autres grands changements s'annoncent dans le monde de la santé. Cette fois, ce sont les laboratoires médicaux qui sont dans la mire du ministre, qui espère économiser des dizaines de millions de dollars avec le projet Optilab.

«Présentement, il y a un laboratoire médical dans tous les hôpitaux du Québec. Certaines analyses d'échantillon sont faites à l'externe, mais l'essentiel des analyses est réalisé dans les établissements», explique Carolle Dubé, présidente de l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS).

«Optilab, poursuit-elle, est un projet de réorganisation qui vise à centraliser 70% des analyses dans 11 établissements d'ici trois à cinq ans.» Suivant ce plan, les prélèvements du Nord-du-Québec et de l'Abitibi-Témiscamingue seront analysés à Montréal, alors que ceux de la Côte-Nord et de la Gaspésie le seront à Rimouski, par exemple.

«Il s'agit d'une réorganisation majeure, qui a été annoncée alors qu'il n'y a eu aucune consultation des gens sur le terrain. Nous ne sommes pas contre le changement. Ce que nous demandons, par contre, c'est que l'on prenne le temps de s'asseoir, d'étudier toutes les solutions, de mesurer les impacts, de répondre aux questions. On est incapables d'avoir des réponses à nos questions de la part des directions. Est-ce qu'Optilab va vraiment permettre d'économiser? Même ça, on ne le sait pas vraiment», illustre-t-elle.

Beaucoup de questions sans réponses

Touchés au premier chef par la réorganisation, les membres de l'APTS sont inquiets. La réforme prévoit en effet jusqu'à 20% de réduction des heures travaillées, ce qui se traduira, selon l'APTS, par des centaines de suppressions de postes partout au Québec. «Que va-t-il arriver au personnel? Les gens seront-ils transférés? On ne respecte pas les gens; il ne semble pas y avoir de vision, de plan à cet égard», soutient M^{me} Dubé.

Sur le terrain, «les employés sont démoralisés», confirme Sylvain Sirois, répondant politique dans la région de la Côte-Nord à l'APTS. «Ils ont appris qu'à compter du 1^{er} avril 2017, ils seront sous la responsabilité du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Ce sont des gestionnaires d'une autre région, qui ne connaissent pas la réalité de la Côte-Nord, qui en seront responsables. Les gens craignent la suite. Ils ont peur d'être déracinés. Ce n'est pas qu'eux que la réforme touche; c'est leur conjoint, leurs enfants, leur famille. Que feront-ils s'ils perdent leur emploi dans un domaine aussi spécialisé? Soit ils devront quitter la région, soit ils devront réorienter complètement leur carrière.»

Monsieur Sirois se montre également très inquiet des impacts qu'aura la réorganisation sur les usagers du système de santé. Selon le répondant régional, la proximité entre le médecin et le patient est compromise. Or, lorsqu'il est question de santé et de possibilité de diagnostic grave, la flexibilité et la rapidité d'analyse sont im-

portantes: «Déjà, les technologues reçoivent beaucoup de pression pour les analyses effectuées à l'extérieur. Les médecins veulent avoir rapidement les résultats pour les tests concernant les ganglions, par exemple, sauf que l'analyse se fait en Ontario, et on ne sait jamais quand ils seront traités. Cela va devenir la norme.» Un avis que partage sa collègue de Montréal, Josée Asselin, répondante politique pour le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île de Montréal: «Si on augmente le volume, on va créer un goulot d'étranglement. Le CUSM devra répondre à des milliers de médecins.»

Transport déficient

M. Sirois rapporte également d'importants ratés dans le transport des échantillons pour les analyses se réalisant déjà à l'extérieur de la région. «Il faut comprendre qu'ils n'ont pas de statut particulier; ils sont traités comme tous les autres bagages», explique-t-il. Des colis imbibés d'une substance huileuse, une route fermée ou un avion pris au sol qui retarde le transport d'un échantillon, la glace sèche d'un colis qui s'évapore; le représentant est régulièrement informé de situations qu'il juge inacceptables et reçoit, pour la seule région de la Côte-Nord, l'équivalent d'un rapport d'incident par mois.

Des constats qui trouvent également écho à Montréal, où M^{me} Asselin s'inquiète que des échantillons provenant de lavements pulmonaires, de ponctions de moelle osseuse et de biopsies puissent être perdus, altérés ou arriver périmés aux laboratoires. «Le transport se fait n'importe comment, par des gens qui n'ont pas la formation pour ça. On parle pourtant de la santé des gens», constate M^{me} Asselin.

«Je pense qu'on ne peut se permettre aucune erreur, renchérit M. Sirois. Pourtant, au lieu d'être optimal et de tirer par le haut, on cherche maintenant la norme acceptable. Il me semble que lorsqu'on parle de santé, on devrait toujours chercher à offrir le meilleur service à nos citoyens.»

Inquiétudes partagées

L'APTS n'est pas la seule à s'inquiéter du projet du ministre Barrette. De plus en plus de voix s'élèvent du monde municipal. C'est le cas au Bas-Saint-Laurent, où les élus demandent eux aussi un moratoire, après avoir demandé une rencontre avec le ministre, sans avoir même reçu un accusé de réception. «Comme administrateur, je sais que la règle d'or, c'est la transparence. Qu'on nous explique comment Optilab va améliorer le service aux citoyens, qu'on nous explique le plan. On nous avait dit qu'un comité d'experts étudierait la situation au Bas-Saint-Laurent et proposerait les meilleures solutions. Là, le comité est parti dans la brume, et on a l'impression qu'on va simplement fermer des services dans les hôpitaux», explique le préfet de la MRC de Rimouski-Neigette, Francis St-Pierre.

«Le ministre est très peu à l'écoute, résume la présidente de l'APTS, M^{me} Dubé. Il veut faire les choses très rapidement et dans un contexte de restriction budgétaire, alors qu'une telle réforme nécessite de l'investissement. Est-ce une façon de faire croire à la population que le public en est incapable, pour l'envoyer au privé? Il y a de l'argent à faire là, ça, c'est sûr», conclut-elle.



ISTOCK

Le rapport fait des constats accablants sur l'état de notre système de santé. Ainsi, le Québec est la dernière parmi les provinces canadiennes en matière d'accès à un médecin de famille. Seulement les deux tiers de la population en possèdent un.

RAPPORT DE LA PROTECTRICE DU CITOYEN

Le gouvernement doit réinvestir en santé

STÉPHANE GAGNÉ
Collaboration spéciale

La présidente de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ), Régine Laurent, croit que le gouvernement Couillard doit prendre acte du dernier rapport de la protectrice du citoyen, qui soutient que les compressions budgétaires du gouvernement en santé ont entraîné une diminution de la qualité des soins et des services en santé.



Régine Laurent

M^{me} Laurent en a aussi contre les médecins qui refusent toujours de déléguer certains de leurs actes aux infirmières praticiennes spécialisées (IPS), aussi appelées «superinfirmières». Elle compte continuer à se battre pour assurer une meilleure qualité des soins aux patients et un meilleur accès au système de santé.

Appelée à commenter le dernier rapport de la protectrice du citoyen, Régine Laurent affirme que Philippe Couillard et Gaétan Barrette ne peuvent plus prétendre que leurs compressions n'ont pas eu d'effet sur les soins et les services. Maintenant en situation de surplus budgétaire, le gouvernement doit rapidement réinvestir en santé, croit-elle.

Des constats accablants...

Le rapport fait des constats accablants sur l'état de notre système de santé. Ainsi, le Québec est la dernière parmi les provinces canadiennes en matière d'accès à un médecin de famille. Seulement les deux tiers de la population en possèdent un. Et pour les gens qui en ont un, un accès rapide n'est pas garanti. Seulement 13% de ces médecins offrent, en cas de besoin, une consulta-

tion à leurs patients le jour même ou le lendemain. Ce pourcentage est beaucoup plus élevé en Ontario (37%) et encore plus élevé en Allemagne (67%). Dernier triste constat, près de 40 000 personnes âgées de 65 ans et plus étaient toujours en attente de services à domicile cette année.

Non seulement l'accès à la première ligne est déficient, mais la qualité des soins s'est aussi détériorée, déplore le rapport. À ce sujet, le rapport relate plusieurs cas où les soins à des personnes dans le besoin ont été coupés injustement dans le seul but d'atteindre les cibles budgétaires décrétées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Le cas de la dame atteinte de sclérose en plaques, relaté dans le rapport, est particulièrement troublant. Cette femme, qui recevait 33 heures de soins par semaine, a vu ce nombre d'heures coupé à 12 heures; ne pouvant passer seule de son fauteuil roulant à son lit, elle a dû se résoudre à dormir dans son fauteuil roulant!

Une réponse gouvernementale inadéquate

Et pourtant, qu'a répondu le premier ministre Couillard à la sortie du rapport? «Les discours sur les personnes vulnérables, les discours sur la solidarité, avec des finances publiques déséquilibrées et un endettement chronique, ce n'est que du vent, ça ne veut rien dire pour la population.» M^{me} Laurent a trouvé ce rejet cavalier du rapport irrespectueux envers la fonction de la protectrice du citoyen.

M^{me} Laurent n'a guère plus apprécié la réplique du ministre de la Santé, Gaétan Bar-

rette, qui jette le blâme sur la volonté du fédéral de réduire la hausse des transferts en santé de 6 à 3% en 2017-2018. Par ses compressions appréhendées, Ottawa empêchera le Québec d'améliorer la qualité des soins et leur accessibilité, a-t-il dit en substance. Bien que la FIQ ait appuyé la motion votée à l'Assemblée nationale (fin septembre) dénonçant la volonté du fédéral de réduire cette hausse des transferts, «il ne faut pas oublier que la réforme Barrette a déjà eu des effets ravageurs sur le système de santé, depuis deux ans, et que le ministre ne peut pas mettre les éventuels ratés du système uniquement sur le dos du fédéral».

Toujours pas de «superinfirmières» dans le système

Régine Laurent en a aussi contre le corporatisme des médecins qui s'entêtent à refuser une plus grande autonomie aux IPS. «On est à peu près les seuls en Amérique du Nord à ne pas donner plus d'espace à ces infirmières, déplore-t-elle. La FIQ réclame depuis des années que les IPS puissent poser des diagnostics et entreprendre certains traitements dans le cadre de leur champ de pratique, comme cela se fait partout ailleurs au Canada. Ce rôle plus grand accordé aux IPS et aux professionnelles en soins permettrait d'assurer une meilleure prise en charge des patients, en particulier ceux souffrant de maladies chroniques.» Le Québec est très en retard sur l'Ontario à ce chapitre. Ici, on compte 294 IPS, la plupart du temps sous la tutelle des médecins, alors qu'en Ontario, on en compte plus de 2500, réparties dans 25 cliniques de «superinfirmières», où elles travaillent en autonomie.

M^{me} Laurent salue la volonté du ministre Barrette selon laquelle il souhaite donner plus d'autonomie aux IPS. Cependant, les résistances sont fortes du côté du Collège des médecins.

L'exemple de la clinique SABSA

La présidente de la FIQ s'explique mal ce blocage. Pourtant, le projet pilote de la coopérative SABSA dans le quartier Saint-Roch à Québec «a prouvé que ces infirmières peuvent travailler en autonomie et résoudre la majorité des cas qui leur sont présentés». Rappelons qu'au début de 2016, le MSSS avait décidé de couper les vivres à la coopérative sous le prétexte qu'elle ne correspondait pas au cadre du ministère. Au mois de juillet suivant, revirement de situation, le MSSS s'entendait avec la clinique pour qu'elle puisse continuer à opérer.

Une étude récente du chercheur de l'Université de Montréal Damien Contandriopoulos, en association avec six autres chercheurs, a même prouvé l'efficacité de cette clinique. L'étude a démontré que la clinique offrait des soins qui ne sont pas tous offerts dans le système et qu'en traitant des patients ayant une vulnérabilité (40% des patients de la clinique souffrent de l'hépatite C, du VIH ou du SIDA), cela représentait des milliers de dollars en économies, grâce à la prévention.

Le plus grand rôle joué par les IPS permettrait aussi au gouvernement d'économiser des sous en salaires. Une étude de l'Institut économique de Montréal, réalisée en 2016, montrait ainsi qu'une IPS coûte trois fois moins cher qu'un médecin de famille (93 700\$ contre 264 000). Cela, peu de personnes en seront surprises.



Nous, on parle santé.

100%
PROFESSIONNELLES
EN SOINS


fiqsante.qc.ca

RÉSEAU DE LA SANTÉ

Un réseau ingérable, selon les syndicats

Le docteur Barrette et sa restructuration du système de santé font l'unanimité ou presque: à peu près toutes les catégories de personnel à l'intérieur du réseau formulent des griefs à l'endroit des regroupements imposés. Le Conseil provincial des affaires sociales (CPAS-SCFP) grossit les rangs des mécontents.

RÉGINALD HARVEY

Collaboration spéciale

Pierre Soucy et Michel Jolin sont respectivement président et secrétaire général du CPAS. L'un et l'autre échangeant des propos très critiques à l'endroit de la réforme et de son ministre. Un régime mineur est survenu et le nombre d'établissements est passé de 182 à 34, ce qui cause un glissement vers le privé. Le premier pose le constat «qu'il n'y a pas de bénéfices à retirer de cette opération-là. Les centres intégrés de santé et de services sociaux [CISSS] et les centres intégrés universitaires [CIUSSS] sont devenus des monstres».

Ils le sont devenus notamment en fait de territoire: «Si je prends comme exemple le CIUSS-Estrie-CHUS, il couvre 12 000 kilomètres carrés. La population devra chercher la bonne porte d'entrée dans le réseau sur une telle superficie.» Cette situation prévaut dans plusieurs régions du Québec: «Je pense qu'on parle de 14 000 kilomètres carrés dans le Bas-Saint-Laurent, et il en va de même à bien d'autres endroits, comme au Saguenay-Lac-Saint-Jean et en Abitibi. Sur de pareils territoires, ça devient ingérable sur le plan administratif.»

Du passé au présent

Le président rappelle que le réseau venait à peine de passer, 10 ans plus tard, à travers la fusion qui avait conduit à la mise sur pied des Centres de santé et de services sociaux, les CSSS: «Tout le monde, et pas seulement les syndicats, disait que ces regroupements n'avaient pas fonctionné et qu'ils avaient entraîné une augmentation des coûts; on évaluait à 35% le nombre de cadres en plus qui avaient été ajoutés depuis 2005.»

Et de conclure que «notre bon ami Barrette a décidé qu'en fusionnant encore davantage, là, c'était vrai que ça allait coûter moins cher». Il envisage les dégâts à suivre: «On sait que lorsqu'on va regarder les résultats dans 10 ans, on va constater que cela n'a aucun sens, ce que le réseau est devenu. Et la population sera la grande perdante au bout du compte.»

Jusqu'à maintenant, les transformations majeures sont survenues dans l'administration, comme il le rapporte: «Pour les salariés, il y a eu beaucoup de bouleversements. Il s'est produit plusieurs changements de chaise, alors que certains ont dû changer d'établissement et de ville. Plusieurs postes ont été supprimés, souvent par attrition, mais il en résulte tout de même qu'il y a moins de monde pour dispenser les services.»

La centralisation à outrance

Pierre Soucy s'inquiète du fait «que les directions des centres intégrés reçoivent directement des ordres du ministère, qui, à l'heure actuelle, gère tout le réseau: il se vante de donner ses ordres en direct aux 34 p.-d.g. des établissements, qu'il peut réunir autour de la même table,

ce qui lui facilite la tâche».

La situation peut varier d'un endroit à l'autre: «Tout dépend des centres. Il y a des directions qui ont été un peu plus humaines, et d'autres qui ont voulu respecter à la lettre les mandats que le ministre leur donnait: au diable les conventions collectives, tu supprimes des postes et tu t'arranges pour que ça fonctionne de cette façon. Il y a eu des variantes à travers tout le Québec, mais tout le monde a vécu des bouleversements.»

Michel Jolin intervient pour illustrer à quel point le nouveau mode de fonctionnement se révèle aberrant pour certains: «En Abitibi, l'employé devait se rapporter au service santé de Rouyn-Noranda lorsqu'il était malade. Ils ont démenagé ce service ailleurs à plus d'une centaine de kilomètres, soit à Val-d'Or.» En cas de maladie, cet employé doit maintenant franchir cette distance aller-retour pour être vu par un médecin au bureau de santé et pour profiter, de la sorte, de l'assurance de l'employeur, qui le couvre: «Auparavant, il y avait de ces bureaux dans tous les établissements, mais ce service a été centralisé, et le travailleur doit se déplacer même s'il est malade.»

Un chambardement irréversible

Le secrétaire général fournit cette réponse laconique sur une possible amélioration des rouages de fonctionnement au fil du temps: «Ça dépend pendant combien de temps le ministre Barrette va rester en poste comme ministre de la Santé.» Pierre Soucy ajoute que, jusqu'à maintenant, les transformations ont eu lieu dans les services administratifs: «Le prochain secteur qui sera touché, c'est la clinique. Il est clair qu'il y a un manque de préposés aux bénéficiaires et, pour le ministre, un préposé pour 10 à 13 bénéficiaires, c'est un ratio qui serait correct, même si, actuellement, ça joue entre 7 et 8 selon les établissements. Je ne suis vraiment pas certain que la clientèle va être mieux servie de cette façon.»

Quand tout ce remue-ménage en profondeur sera achevé, sera-t-il encore temps de revenir en arrière? Le président croit «qu'il sera impossible de défaire cette restructuration, de détricoter tout cela. On a détruit des services dans des plus petits établissements pour les transporter dans de plus gros hôpitaux, pour que ça coûte moins cher: comment faire par la suite, quand on s'est défait du matériel existant, pour reconstituer tous ces acquis?»

L'un et l'autre s'entendent pour affirmer que, sous l'administration de Barrette ou d'un autre, le réseau sera «irré récupérable»: «De telle sorte qu'on se dirige vers un régime à deux vitesses, vers un réseau privé. On espérerait se tromper, mais avec la vaste expérience dont on dispose, malgré toutes les formes qui ont eu cours, la situation ne s'améliore pas. C'est de pire en pire.»

SYSTÈME DE SANTÉ

Une réforme monstrueuse, selon la FTQ

La FTQ n'y va pas de main morte quand il s'agit de critiquer la réforme du ministre de la Santé, Gaétan Barrette. En clair, le président de la plus grande centrale syndicale de la province, Daniel Boyer, s'exprime ainsi: «C'est monstrueux!» Voilà qui donne le ton à une entrevue sur cette réforme qui en a fait rager plus d'un depuis sa mise en vigueur en avril 2015.

THIERRY HAROUN

Collaboration spéciale

Reprenons depuis le début. En novembre 2014, la FTQ déposait un mémoire devant la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre des consultations sur le projet de loi 10, lequel deviendra loi le 7 février 2015 et sera en vigueur le 1^{er} avril suivant. L'esprit et la lettre du discours de la FTQ n'ont pas changé d'un iota depuis le dépôt de ce mémoire, il y a deux ans, comme en témoigne Daniel Boyer. À titre d'exemple, il y est dit que «nous croyons que le ministre doit refaire ses devoirs, parce que ce dont le réseau a besoin n'est pas une énième réforme de structure, mais bien des décisions pertinentes pour s'attaquer aux problèmes concrets de la population». Cette affirmation tient-elle toujours? «Plus que jamais, monsieur! lance M. Boyer au bout du fil. Et je vous dirais même que, deux ans plus tard, ce qu'on craignait est exactement ce qu'il se passe. On a couché d'un monstre dans le réseau de la santé. Même qu'à l'époque, j'avais dit à la blague qu'un jour, on n'aurait qu'un seul établissement de santé avec un président-directeur général, qui serait le ministre Barrette», dit-il en référence au pouvoir que s'est octroyé le ministre dans le cadre sa propre réforme.



Daniel Boyer

plus les centres jeunesse, les centres de réadaptation physique et les centres de déficience intellectuelle. «C'est pire avec la réforme Barrette. Écoutez, on laisse tomber des clientèles. Bon, quand ça saigne dans les urgences, on y met de l'argent, c'est normal», dit-il, en précisant qu'en contrepartie, ce sont les programmes de prévention dans les CLSC qui en paient le prix.

Privatisation

L'autre conséquence de la réforme Barrette, c'est qu'elle favorise la privatisation de certains services, souligne à grands traits le syndicaliste. Désormais, dit-

il, pour être admis dans un CHSLD, il faut démontrer qu'on a besoin d'un minimum de trois heures de soins par jour. «Trois heures par jour, c'est du stock pas mal! Et si vous ne répondez pas à ce critère, vous devrez aller ailleurs...» Et ailleurs, c'est le privé, non?

«C'est exactement ça! Il y a des entrepreneurs qui y voient une excellente occasion de faire des affaires avec un profit au bout. Soyons clairs, il y a des services qui sont attendus par la population et qui doivent être assurés par l'État, mais qui ne sont pas au rendez-vous! Alors, cer-



JACQUES NADEAU LE DEVOIR

Désormais, dit-il, pour être admis dans un CHSLD, il faut démontrer qu'on a besoin d'un minimum de trois heures de soins par jour.

tains se disent: «Moi, je peux faire de l'argent avec ça.»

Sécurité d'emploi

La sécurité d'emploi fait toujours partie des préoccupations syndicales. Dans le mémoire de la FTQ, il est dit ceci: «Le concept de sécurité d'emploi est fortement mis à mal par la définition d'établissement du projet de loi 10. Faut-il y voir une tentative délibérée de retirer ce droit aux travailleurs et travailleuses du réseau, ou s'agit-il d'une incongruité causée par l'absence de réflexion sur la taille des établissements ou des territoires? En effet, c'est notamment la distance qui définit la sécurité d'emploi, soit 50 kilomètres au-delà desquels on ne

peut obliger une personne à changer d'établissement.» Sur ce plan, tout n'est pas noir, admet M. Boyer, depuis la réforme du ministre de la Santé. «On a réussi lors de la dernière négociation à aménager certaines dispositions de l'application de la sécurité d'emploi. Mais il faut aussi savoir que plusieurs personnes quittent le réseau de la santé pour différentes raisons: certains ont des bénéfices de retraite qui arrivent à maturité. Mais d'autres, pas la majorité, le quittent en raison des conditions de travail, qui sont de plus en plus difficiles parce qu'il y a de moins en moins de ressources pour dispenser les services.»

MON SYNDICAT A DE L'IMPACT ICI



Une force régionale, une puissance nationale

Centrale des syndicats du Québec



lacsq.org/santeservicessociaux

10/10/16



JACQUES NADEAU LE DEVOIR

Le départ du ministre de la Santé, Gaétan Barrette, est indissociable de l'amélioration du système de santé, selon le secrétaire général du CPAS, Michel Jolin.

RÉSEAU DE LA SANTÉ

FSQ

Des gains malgré des négociations difficiles

CLAUDE LAFLEUR

Collaboration spéciale

Parvenir à s'entendre avec le ministre de la Santé pour conclure une convention collective n'a pas été chose facile. «C'a été très, très, très dur», confie Claire Montour, présidente de la Fédération de la santé du Québec (FSQ). Mais on est parvenus à faire des gains... et je dirais même des gains historiques!»

«Bien sûr, lors de toute négociation, le gouvernement est dur, mais là, il a été particulièrement dur», poursuit-elle. La chef syndicale qualifie même ces négociations de «particulières», puisque le Dr Barrette cherche à se donner un réseau de santé «à son goût, ce qui s'est transporté à la table des négociations».

Selon ce que relate M^{me} Montour, Gaétan Barrette n'a que faire des règles de convention, à commencer par le respect de la sécurité d'emploi. Il cherche plutôt à obtenir la flexibilité et la mobilité «tous azimuts», c'est-à-dire à pouvoir déplacer n'importe qui où il veut, comme il veut et quand il le veut, «sans aucune considération pour les personnes!» dénonce M^{me} Montour.

Le «terrain» contre la «tour d'ivoire»

Dans le cadre des plus récentes négociations, la présidente de la Fédération de la santé était accompagnée par deux représentants de syndicats locaux.

«On a toujours l'impression que les représentants du gouvernement vivent dans une tour d'ivoire», lance Claire Montour, qu'ils pensent du point de vue de grands principes et de directives ministérielles, alors que nous, nous sommes branchés sur le milieu... Chose certaine, on ne parle pas le même langage!»

Ce qui caractérise la FSQ, selon elle, c'est justement d'être une fédération proche



JACQUES NADEAU LE DEVOIR

La FSQ regroupe 7000 infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes, perfusionnistes, puéricultrices/gardes-bébés et techniciennes en circulation extracorporelle.

de ses membres. «Notre force comme organisation syndicale, c'est de rassembler des syndicats régionaux qui sont très proches de leurs membres», insiste M^{me} Montour. Nos syndicats connaissent la réalité de chaque milieu et, au sein de la fédération, on se rassemble pour partager les réalités régionales. On se tient toujours très proches de la réalité.»

Affiliée à la CSQ, la FSQ regroupe 7000 infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes, perfusionnistes, puéricultrices/gardes-bébés et techniciennes en circulation extracorporelle. «Nous sommes présents dans la grande majorité des régions du Québec», précise M^{me} Montour, et nous sommes dans tous les types d'établissements du réseau de la santé, que l'on parle de clientèles en hébergement, en centre hospitalier, en centre

spécialisé, en CLSC, en centre de désintoxication, en centre jeunesse, etc.»

«Notre plus grande fierté»

Mais à force d'arguments et de s'en tenir à ses valeurs, la chef syndicale rapporte que ses collègues et elle sont parvenus à faire entendre raison aux négociateurs gouvernementaux.

«Je pense que s'il y a un mot qui résume notre démarche, c'est bien «ténacité», lance-t-elle. C'a été dur de faire comprendre que ce à quoi nos membres tiennent par-dessus tout, c'est bien la stabilité.»

«Nous voulons des équipes stables et complètes, parce que c'est gagnant pour les patients — et même si ce ne l'est pas pour les colonnes de

chiffres, dit-elle. Nous nous sommes donc montrés plus ténaces que le Dr Barrette!»

Claire Montour explique en fait qu'à force de ténacité et d'argumentation, les négociateurs de la FSQ sont parvenus, dans un premier temps, à «sauver les meubles en préservant le statu quo».

Ils ont même dû défendre le concept de postes à temps complet pour le personnel infirmier. Souvent, à cause des compressions budgétaires que subit le réseau de la santé, lorsqu'une personne occupant un tel poste prend sa retraite, l'employeur a tendance à créer deux postes à temps partiel, explique la syndicaliste. «C'est dire que la proportion des postes à temps complet s'effrite d'année en année.



Claire Montour

Mais nous, nous sommes parvenus à réintroduire dans la convention collective la protection de ces postes.»

En outre, lors des négociations, le Dr Barrette cherchait à ce que toute personne puisse dorénavant occuper des postes atypiques, c'est-à-dire, par exemple, travailler selon deux ou trois quarts différents, dans deux ou trois établissements, ou effectuer des quarts de douze heures, selon des horaires inattendus, etc. «Mais nous, on a réussi à mettre de côté de tels postes atypiques, flexibilité et mobilité», indique Claire Montour, puisque, tout compte fait, c'est gagnant pour toutes les parties — gagnant pour le personnel, gagnant pour l'employeur, mais, surtout, gagnant pour les patients. Et ça, c'est notre plus grande fierté!»

En pratique, la FSQ a ainsi

RÉFORME

SUITE DE LA PAGE J 1

préséance sur la performance de service».

De commenter la chef syndicale: «De dire avec des mots si justes que les politiques d'austérité ont fait mal — très mal — et qu'on s'attaque

aux personnes les plus vulnérables, c'a été du «bonbon» pour nous. C'est ce que nous dénonçons et c'est ce qu'on tente d'illustrer à propos de la réforme, tant du côté du personnel que du côté des gestionnaires. Et on observe maintenant de l'épuisement professionnel partout, partout dans le réseau.»

La présidente de la CSQ s'étonne même de ce que Philippe Couillard laisse agir à sa guise

son ministre de la Santé. «J'imagine que, puisqu'il le laisse faire, c'est que la vision soutenue par le Dr Barrette doit bien lui convenir...», dit-elle.

Mégastructures et microgestion

La Centrale des syndicats du Québec représente quelque 10 000 syndiqués œuvrant à tous les paliers du réseau de la santé et des services sociaux. Comme le relate la présidente, ses membres vivent au cœur de la réforme et des mégastructures imposées par Gaétan Barrette.

Songeons simplement aux centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux — les CIUSSS — créés par le ministre Barrette et qui, en région, couvrent d'immenses territoires. «À Montréal, ça peut toujours aller, indique Louise Chabot, mais pensez à de vastes régions comme la Côte-Nord ou la Mauricie... Ça n'a pas de bon sens, on crée des monstres!»

Elle parle de «monstres bureaucratiques et administratifs» qui regroupent de vastes ensembles hétéroclites d'institutions — hôpitaux, centres de recherche et instituts spécialisés, centres d'hébergement, CLSC, centres jeunesse, centres de réadaptation, centres de désintoxication, etc. —, tout cela sous un même chapeau administratif. «Tous ces centres ont chacun leur mission particulière, mais on craint que certaines soient délaissées au profit d'autres», dit-elle.

En particulier, la chef syndicale redoute que les établissements à vocation sociale — dont les centres locaux de services communautaires (CLSC), les centres jeunesse, de réadaptation, etc. — se retrouvent défavorisés par rapport à la chirurgie et aux urgences.

Les impacts sur le personnel de ces mégastructures sont difficiles à cerner, ajoute M^{me} Chabot, mais on n'a qu'à penser qu'autrefois, l'employé d'un établissement pouvait être déployé dans un périmètre de cinquante kilomètres. «Mais qu'en sera-t-il maintenant avec les mégaétablissements couvrant une région entière?» s'inquiète-t-elle. Cette crainte est d'autant plus accentuée que le ministre Barrette exige une flexibilité et une mobilité géographique pour tout le monde.

«J'avoue que ça bouscule énormément le monde, observe M^{me} Chabot. Dans ces grands ensembles, on s'y perd tous! On observe déjà ça dans les relations de travail comme du point de vue des soins et des services... Et comment les patients, eux, vont-ils s'y retrouver?!»

Dérive du ministre

En outre, Louise Chabot s'inquiète de ce que Gaétan Barrette s'accorde trop de pou-

« Il y a une différence entre établir les objectifs et les besoins du réseau et sombrer dans la gestion administrative de tout le réseau. C'est là une dérive inquiétante rendue possible par la centralisation. »

Louise Chabot, présidente de la CSQ

voir en centralisant tout. «Le fait est que maintenant, le ministre de la Santé a le droit de vie et de mort sur la gestion du réseau, déclare-t-elle, comme on l'a vu au CHUM. Il peut imposer ses vues aux administrateurs des mégaétablissements.»

Autrefois, rappelle-t-elle, le ministre de la Santé et des Services sociaux établissait les grandes directives et les grands objectifs dont a besoin le réseau pour fonctionner. «Mais il y a une différence entre établir les objectifs et les besoins du réseau et sombrer dans la gestion administrative de tout le réseau», résume M^{me} Chabot. C'est là une dérive inquiétante rendue possible par la centralisation.»

Dans son esprit, la «réforme Barrette» repose essentiellement sur une analyse des coûts afin de niveler tout vers le bas. «Tout est pensé par rapport aux coûts, plutôt que de miser sur la qualité, et au risque de perdre de vue les besoins des patients, dit-elle, notamment au détriment des soins à domicile ou de la prévention, comme on l'observe déjà.»

«Pour nous, il ne fait aucun doute que la vision centralisée du Dr Barrette est avant tout une question de gestion, de bureaucratie et de performance qui n'a rien à voir avec le patient», insiste-t-elle.

Et de rappeler la syndicaliste: «On oublie souvent qu'il y a de la qualité dans notre réseau de santé et de services sociaux — une grande qualité! — et que celle-ci est soutenue par le personnel en place, qui fournit plus que sa part d'efforts. Or, pour nous, la centralisation du Dr Barrette laisse peu d'espace à la mobilisation du milieu pour régler les problèmes.»

«Et les grands perdants, dans tout cela, ce seront bien sûr les patients, vous et moi!» conclut-elle.

Au Québec, la santé et les services sociaux, c'est **PUBLIC!**

SCFP

Syndicat canadien de la fonction publique

FTQ

SCFP-Québec @SCFPQuebec scfp.qc.ca

RÉSEAU DE LA SANTÉ



PHOTOS ISTOCK

Les exemples ne manquent pas pour illustrer les responsabilités dorénavant attribuées aux auxiliaires : l'administration des médicaments, les soins de stomies, les pansements secs, les suivis de glycémie et d'insuline, les suivis de gavage...

Les auxiliaires en santé : en faire plus pour moins

Qu'est-ce qu'une auxiliaire en santé et services sociaux? Le gouvernement dira que c'est d'abord une aide à domicile qui s'occupe de l'entretien ménager, alors que le syndicat affirme que les services offerts sont beaucoup plus importants et s'apparentent à ceux d'une infirmière auxiliaire en CHSLD.

MARIE-HÉLÈNE ALARIE
Collaboration spéciale

Chantal Dufresne est coordonnatrice à l'équité salariale au Syndicat québécois des employées et employés de service (SQESS), affilié à la FTQ. À ce titre, elle participe aux négociations du secteur public. Le syndicat, qui représente près de 1000 aides à domicile, peine actuellement à planifier des rencontres avec le gouvernement dans le dossier de l'équité salariale. Pourtant, l'espoir d'en arriver à un règlement ne s'effrite pas malgré les différences qui séparent les deux parties.

À une certaine époque, le véritable titre d'emploi d'une aide à domicile était auxiliaire familiale et sociale. « D'abord, en 2003, la création de la "loi 90" a fait augmenter les tâches et les responsabilités des auxiliaires. Puis, en 2006, elles sont devenues auxiliaires en santé et services sociaux, après fusion de plusieurs titres d'emploi, et à partir de ce moment-là, les tâches se sont encore alourdies », rappelle Chantal Dufresne.

C'est bien sûr sur le plan des descriptions de tâches que personne ne s'entend. Pourtant, c'est la base pour en arriver à régler le dossier de l'équité salariale. Selon Chantal Dufresne, « pour le gouvernement, les auxiliaires font de l'entretien ménager, préparent des repas et accompagnent les usagers. Pourtant, elles n'ont plus de temps pour ce type de tâches, qui sont aujourd'hui effectuées par des organismes sans but lucratif ». La représentante syndicale compare le travail des auxiliaires à celui des infirmières auxiliaires dans les CHSLD. « Elles ont beaucoup plus de tâches de soins à apporter. Ces tâches, dans une proportion de 60 %, correspondent aux actes délégués par la "loi 90" ».

Les exemples ne manquent pas pour illustrer les responsabilités dorénavant attribuées aux auxiliaires : l'administration des médicaments, les soins de stomies, les pansements secs, les suivis de glycémie et d'insuline, les suivis de gavage... Mais au-delà de ces tâches, ce sont les auxiliaires qui sont en première ligne, et ce sont souvent elles qui dé-

tectent les complications. « Par exemple, l'état de démence d'une personne peut s'accroître, une plaie peut s'infecter ou n'importe quel problème peut survenir; l'auxiliaire sera les yeux des professionnels de la santé », précise Chantal Dufresne. Dans certaines régions du Québec, les auxiliaires vont aussi travailler avec des gens présentant des problèmes de santé mentale, « ce qui peut vraiment alourdir leurs tâches et présenter une certaine dangerosité, malgré la formation qu'elles reçoivent pour soigner ces gens-là », ajoute-t-elle.

Un processus d'équité salariale gelé

Dans le contexte actuel, un règlement du dossier de l'équité salariale ne semble pas près d'arriver pour le SQESS. « Le gouvernement a plusieurs dossiers à régler et n'a pas beaucoup de disponibilité pour nous rencontrer. On tente de concilier nos emplois du temps, parce que la question de la reconnaissance est prioritaire », déclare la syndicaliste.

Pour que le gouvernement reconnaisse les tâches de soins effectuées par les auxiliaires, il faudrait qu'elles soient inscrites de manière précise dans la description de tâches. Actuellement, elles y apparaissent bel et bien, mais un flou subsiste. La nomenclature précise que l'auxiliaire : « assume un ensemble de tâches ayant pour but d'accompagner et soutenir l'usager, suppléer ses incapacités, elle doit veiller au bien-être et au confort ». Et s'ajoute à cela qu'elle est appelée « à faire l'installation de certains appareils ou donner certains soins plus spécifiques pour lesquels elle a été formée ». Chantal Dufresne affirme que le gouvernement banalise ce dernier point, alors qu'il représente 60 % du travail de l'auxiliaire. « On a demandé à la partie patronale de préciser ce qui, pour elle, représente la partie des soins spécifiques, et on est en attente d'une réponse ».

La formation des auxiliaires en santé et services sociaux représente 975 heures. Elles sont tout à fait en mesure d'effectuer les tâches de soins de santé qu'on leur assigne. « Leur formation de base est supervisée par une infirmière du CLSC qui peut voir à enseigner des actes particuliers ou des actes qu'elles ont appris à l'école, mais qu'elles ont peu pratiqués. L'infirmière doit s'assurer que l'auxiliaire est en mesure de le faire », précise la syndicaliste.

« On ressent une forte injustice dans le dossier de l'équité salariale », poursuit-elle. Actuellement, le travail des auxiliaires se compare à celui des préposés aux bénéficiaires, et « la revendication est d'obtenir un salaire qui se situerait entre

celui des préposés et celui des infirmières auxiliaires des CHSLD, parce que les tâches sont comparables ». Fait à souligner, une entente sur l'équité salariale permettra aux infirmières, aux infirmières auxiliaires et aux inhalothérapeutes du Québec d'obtenir une augmentation de salaire moyenne de 5 % en avril 2018.

Les auxiliaires sont bien déterminées à se faire entendre et à faire avancer le dossier. Le 12 ou le 13 octobre prochain, la date n'est pas encore arrêtée, une manifestation devrait avoir lieu devant le Secrétariat du Conseil du trésor, où 500 signatures seront déposées afin de bien signifier au gouvernement que les auxiliaires sont toujours en attente de cette reconnaissance. « On ose être optimistes dans le dossier, parce que pour nous, c'est vraiment important d'être reconnues. »



PLUS DE

120 000

membres dans le réseau de la santé et des services sociaux

LA CSN,

UNE FORCE
INCONTOURNABLE

incontournable.info



RÉSEAU DE LA SANTÉ



JACQUES NADEAU LE DEVOIR
Quand on parle de surcharge de travail, on parle notamment d'une plus grande charge liée à l'augmentation de la clientèle et des besoins grandissants. Le vieillissement de la population n'est évidemment pas étranger à cette équation. Or, avec cette augmentation des patients est apparue une augmentation des compressions budgétaires.

« Le problème, c'est que l'argent se retrouve dans les entreprises sociales, où il n'y a pas d'encadrement pour la qualité des soins. Il aurait plutôt fallu investir dans les CLSC et les services publics. »

Surcharge de travail chez les infirmières: un enjeu humain

Travailler de très longues et nombreuses heures, c'est le quotidien des infirmières et infirmiers au Québec. Et ce dévouement a un prix. Portrait d'un métier où l'on ne s'arrête pas longtemps pour respirer.

TAKWA SOUISSI
Collaboration spéciale

Ce n'est pas d'hier que le problème de la surcharge de travail des infirmiers et infirmières a fait son apparition. Depuis plusieurs années, plus précisément depuis le début des années 2000, ces professionnels de la santé décrivent la surcharge de travail qui leur incombe. « Au début, la cause de cette surcharge était directement liée à la pénurie de main-d'œuvre dans le domaine. Cette pénurie est toujours présente, mais moins intense », indique Nadine Lambert, infirmière et vice-présidente de la Fédération de la santé et des services sociaux de la CSN (FSSS-CSN). Aujourd'hui, la charge de travail est plutôt reliée aux décisions politiques, aux réformes du ministre Barrette. C'est une conséquence directe du désinvestissement en santé », affirme celle qui est également responsable du personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires du syndicat.

Quand on parle de surcharge de travail, on parle notamment d'une plus grande

charge liée à l'augmentation de la clientèle et des besoins grandissants. Le vieillissement de la population n'est évidemment pas étranger à cette équation. Or, avec cette augmentation des patients est apparue une augmentation des compressions budgétaires. « Il y a eu des coupes de plusieurs milliards de dollars depuis plusieurs années, et ça n'arrête pas. Ces coupes ont un effet direct sur la prestation des soins et sur la population », ajoute Nadine Lambert.

Concrètement, les effets de ce manque d'argent se traduisent par des réductions de personnel, par exemple. Ainsi, les personnes absentes ne seront pas remplacées, et les heures supplémentaires se voient réduites au maximum. Parallèlement, on demande aux infirmières et aux infirmières auxiliaires de prendre en charge plus de clientèle afin de réussir à répondre à la demande.

Couper ici pour dépenser là

Ironiquement, à trop vouloir couper, on finit souvent par créer plus de dépenses. Sans compter le coût humain. « Nous sommes souvent obligées de répondre aux soins de base urgents, en délaissant le volet psychosocial », déplore la vice-présidente de la FSSS-CSN. Or, c'est un cercle vicieux qui s'enclenche. « Quand on saute une étape qui n'a pas l'air super importante, l'épisode de soins est souvent plus long. Ce

sont de fausses économies », constate-t-elle.

Par exemple, en prenant le temps de discuter avec un patient en proie à une crise d'anxiété, il est possible de le calmer et d'éviter une médication supplémentaire. « C'est aussi la meilleure manière de voir venir certains problèmes, comme des crises de violence. C'est d'ailleurs quelque chose qui effraie les infirmières », ajoute Nadine Lambert.

Il faut dire que la notion de peur n'est pas étrangère à la problématique de surcharge de travail chez les professionnels de la santé. L'an dernier, le professeur Patrick Martin, de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, en était arrivé à ce même constat dans le cadre de sa thèse de doctorat. Après avoir parlé à une quarantaine d'infirmières du Québec, de différents milieux, il remarque que ces dernières ont notamment très peur des erreurs qu'elles pourraient commettre à trop vouloir en faire. « Oui, il y a la peur des répercussions professionnelles de ces erreurs, mais il y a avant tout le côté humain. On travaille avec des personnes, alors les erreurs peuvent être lourdes de conséquences. Et nous avons une conscience », souligne Nadine Lambert.

Autre conséquence directe des compressions, qui entraîne également des répercussions économiques: l'augmentation des accidents de travail chez les professionnels

de la santé. Les infirmières sont particulièrement touchées par des accidents musculosquelettiques. Les épisodes d'épuisement professionnel mènent également à de longs congés, qui finissent par coûter cher à la société. Essayer d'aller vite, tout le temps, a certainement un prix.

Pour un réinvestissement intelligent

Ce que la représentante du syndicat réclame au nom de sa profession, ce n'est ni plus ni moins qu'un réinvestissement en santé, et aux bons endroits. Il y a quelques mois, le ministre Barrette a par ailleurs annoncé l'injection de 2,2 millions supplémentaires dans l'amélioration des soins à domicile. La somme permettra d'ajouter 5400 personnes aux 91 000 qui reçoivent déjà des services à domicile et permettra de former 4500 nouveaux préposés. Pour la vice-présidente de la FSSS-CSN, ce n'est pas nécessairement assez. « Le problème, c'est que l'argent se retrouve dans les entreprises sociales, où il n'y a pas d'encadrement pour la qualité des soins. Il aurait plutôt fallu investir dans les CLSC et les services publics », affirme-t-elle, en soulignant que certains services sociaux publics sont même en voie de disparition, faute de fonds.

Pire encore, Nadine Lambert croit que les plus grands bénéficiaires économiques de ces politiques d'austérité

sont les compagnies pharmaceutiques et les entreprises privées. « On est en train de retourner vers les années 1960, avec un système hospitalocentriste. Sauf que l'hôpital, c'est ça qui coûte le plus cher! » redoute l'infirmière de formation.

Les infirmiers, les infirmières et le personnel infirmier auxiliaire sont au moins certains de pouvoir compter sur l'appui de la population pour leurs revendications. Dans un sondage exclusif mené par la firme CROP à la

demande de la Centrale syndicale du Québec (CSQ) en mai dernier, on apprend que 90 % des répondants considèrent que le personnel infirmier manque de temps pour effectuer un bon suivi et répondre aux questions des patients, et 80 % jugent qu'ils ont moins d'accès aux soins de santé. Pour 91 % de la population, le personnel infirmier représente le visage humain du système de santé.

Un visage que ces professionnels comptent bien continuer à promouvoir et à protéger.

SERVICES

SUITE DE LA PAGE J 1

travailleuse sociale? Au lieu de rapprocher les services de la population, il les rapproche des médecins. »

Cette approche serait aussi plus coûteuse, croit-elle. « C'est une vision à très court terme. On voit déjà les impacts sur les services. Les services psychosociaux en CLSC fonctionnent bien avec toute une gamme de services spécialisés, groupes d'entraide, nutrition-

nistes, psychologues, travailleurs sociaux et autres. Ces services sont nécessaires pour faire de la prévention. En passant toujours par le médecin, on ajoute des coûts au service public. C'est une vision plus médicale de la santé. »

Optilab

L'idée de centralisation est aussi derrière le projet Optilab, un réseau de mégalaboratoires qui feront les analyses des échantillons à la place des hôpitaux.

« Cela va obliger le transport des échantillons, déplore Nancy Corriveau. Par exem-

ple, les prélèvements de Gaspé devront se rendre à Rimouski. On va faire parcourir des kilomètres à des échantillons qui ont des règles de conservation à respecter. Si un prélèvement est perdu, on va devoir le refaire. De plus, si tout est centralisé, on va perdre l'expertise en région. Selon les régions, il y aura de 15 % à 20 % de ressources en moins. Nous croyons également qu'il y aura des délais plus longs. Plus on fait de manipulation des échantillons et plus il y a des étapes, plus on risque d'avoir des problèmes en cours de route. »

L'autre critique formulée à

l'endroit de Gaétan Barrette est de ne pas consulter les professionnels sur le terrain avant de prendre des décisions. « Ce qu'il faut retenir, c'est que le ministre a une vision uniquement médicale des services sociaux, qui va à l'encontre de meilleures pratiques. On complexifie l'accès aux services. Les professionnels qui donnent ces services ne sont pas consultés, ce sont des décisions qui partent d'en haut. C'est décidé à Québec et c'est appliqué. Et une fois que c'est fait, même si on constate des problèmes, il n'y aura plus d'investissements. »

BARRETTE ATTAQUE NOS SERVICES

DÉFENDONS-NOUS | **APTS**

monsyndicat@aptsq.com