

Réseau de la santé et des services sociaux

À la recherche des soins perdus

Par André Roy

Novembre 2021

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Prologue</b> .....	1
<b>Chapitre 1</b> .....	3
Du temps de réseautage naturel.....	3
<b>Chapitre 2</b> .....	5
De l'origine de notre réseau des services .....	5
La santé .....	5
Le social .....	9
<b>Chapitre 3</b> .....	12
De l'émergence d'un changement : les années 60 .....	12
La Révolution tranquille .....	12
<b>Chapitre 4</b> .....	16
De l'arrivée des réformes .....	16
1971 – La grève du Front commun syndical.....	18
1972 – La réforme dans la santé et les services sociaux .....	25
La création des nouveaux établissements .....	26
L'État-providence .....	30
<b>Chapitre 5</b> .....	42
La qualité des services – avant 2005 .....	42
<b>Chapitre 6</b> .....	45
La qualité des services .....	45
<b>Chapitre 7</b> .....	48
La qualité – version 2015 .....	48
<b>Chapitre 8</b> .....	50
L'après 2016 .....	50

L'autonomie des établissements .....	50
<b>Chapitre 9</b> .....	<b>58</b>
Que reste-t-il de nos beaux jours ? .....	58
Qu'en est-il des conventions collectives ? .....	65
Que reste-t-il de nos beaux jours ? .....	67
<b>Épilogue</b> .....	<b>68</b>
<b>Références</b> .....	<b>70</b>

## REMERCIEMENTS

Mme Nicole Plourde pour la transcription

M. Michel Lessard, Ph, D., historien, pour sa collaboration

## PROLOGUE

Au terme de 52 années de présence dans le réseau de la santé et des services sociaux, je me suis facilement convaincu de l'intérêt à partager ma lecture personnelle de l'évolution de ce réseau de services publics qui, maintenant, ne semble pas faire l'unanimité.

Je n'exclus pas un objectif de conservation de souvenirs qui, même s'ils sont personnels, n'ont pas fait partie de l'histoire des 40 ans et moins. Il s'en est donc passé des choses durant près d'un demi-siècle. L'évolution implique nécessairement des changements. Or, ceux-ci ne sont pas toujours pour le mieux, n'apportent pas que des effets positifs. Certes, les centres hospitaliers, par exemple, ont connu une grande amélioration de leur parc technologique. Par contre, en 2016, lorsque la population opine que « cela ne fonctionne pas », c'est qu'elle se réfère à d'autres critères, à des références reliées aux valeurs héritées d'un passé pas si lointain.

Il y a 50 ans, les parents qui éduquaient et encadraient leurs enfants leur disaient de ne pas aller jouer dans le trafic avec des lames de rasoir et leur expliquaient pourquoi. Aujourd'hui, on traverse les rues au feu rouge et si on se fait klaxonner, on veut aller battre le redresseur de tort. Oui, il y a eu des changements. À certains égards, il y a eu du positif mais en cours de route il y eu des pertes aussi.

L'exercice actuel n'est pas de faire une analyse exhaustive et scientifique des composantes du réseau de la santé et des services sociaux. Pas question de livrer les résultats d'une recherche empirique sur le sujet. Il s'agira plutôt d'exposer une expérience vécue à travers plusieurs réformes ou adaptations du réseau de services. Un si long parcours a apporté ses bons moments et des épisodes intéressants. Que s'est-il bien passé pour que ce réseau de services, si cher aux québécois, devienne autant décrié ? Ce qui suit est un regard personnel sur son histoire.

## CHAPITRE 1

### **Du temps de réseautage naturel**

Ce qui nous habille aujourd'hui a été fabriqué dans le passé. Nous sommes redevables à notre histoire, celle qui nous a façonnés par la transmission de valeurs humaines et par l'exemple de nos parents et ancêtres.

Rien de cette époque n'est comparable à aujourd'hui : le contexte et les moyens étant différents. Les nombreux enfants dans chaque famille ont fait émerger les premiers codes de vie. Beaucoup de besoins, peu de ressources. Il fallait s'organiser. Chacun avait sa tâche. L'entraide était au menu. Tous se connaissaient, particulièrement dans les milieux ruraux, même si la distance entre les résidences était significative.

À cette époque, l'éducation se faisait dans et par la famille. L'instruction était l'affaire de la « petite école ». Le respect des personnes et des biens était à l'agenda éducatif et était transporté comme une valeur, tout autant que la politesse qui en découlait. On a maintenant l'impression que ces valeurs sont des brimades depuis l'avènement de la Charte des droits.

Au temps du réseautage naturel, la pensée positive était de mise. Nul besoin de convention collective, de conciliation ou de grève. Le bien-être du voisin était aussi le tien; le support mutuel allait jusqu'à partager tes biens si un malheur affectait un voisin, un parent, une connaissance.

Quiconque avait besoin de soins pouvait trouver une réponse dans son réseau naturel. Certes, cette réponse pouvait ne pas être adéquate complètement, l'état de la médecine étant ce qu'il était, l'espérance de vie était aussi plus courte. C'était donc moins compliqué d'avoir « accès » à ces services, bien que ceux-ci étaient rudimentaires.

## CHAPITRE 2

### **De l'origine de notre réseau public de services**

#### **La santé**

La seule mention de santé nous met rapidement en lien maintenant avec une notion d'organisation, de structure et même de corporatisme. La santé c'est : le médecin, l'hôpital, le ministère, le gouvernement; bref, ce qui représente une certaine structure.

Pourtant, les premières références en matière de soins ont été les communautés religieuses. L'histoire nous enseigne que les Jeanne Mance, Marguerite Bourgeois et Catherine de Saint-Augustin, pour ne nommer que celles-là, ont non seulement contribué à l'éducation mais aussi à l'accueil et aux soins de nos ancêtres dans le besoin. C'était peut-être rudimentaire, mais disons que nos actuels gouvernements sont définitivement redevables aux communautés religieuses d'avoir joué ce rôle de précurseur en matière de soins de santé. Ces dernières, en effet, ont écrit le premier chapitre de notre réseau public de santé. Déjà, le 1<sup>er</sup> août 1639, trois sœurs des Augustines de la Miséricorde-de-Jésus arrivent à Québec à bord du navire *Saint-Joseph*, en provenance de Dieppe, pour fonder l'Hôtel-Dieu de Québec. En 1692, c'est l'ouverture d'un hôpital pour malades chroniques, personnes âgées et malades mentaux dans le premier monastère des Récollets. Puis vinrent l'Hôtel-Dieu du Sacré-Cœur de Jésus (1873), l'Hôtel-Dieu de Lévis (1892), l'Hôpital de Chicoutimi (1918), l'Hôpital de Gaspé (1926).

Si, en France, comme dans toute l'Europe, l'hôpital était réservé aux pauvres, puisque les gens aisés recevaient la visite de leur médecin à domicile, à Québec, les riches bourgeois, les officiers et les ecclésiastiques ne peuvent pas consulter de médecins comme ils l'auraient fait en France. Ainsi, dans la maladie, tous se font mener à l'Hôtel-Dieu.

Cet isolement des religieuses et l'absence de médecins ont obligé les religieuses à développer rapidement une compétence clinique autonome. C'est la sœur apothicaire que l'on venait consulter, même en externe, et en provenance de contrées lointaines. Ceci constituait une première qui n'avait pas son équivalent en France. Ce caractère unique d'autonomie et d'universalité des soins marquera l'institution dans son évolution future de façon significative.

Ce qui caractérise davantage la présence religieuse dans la santé c'est le rôle central que joue le respect du malade dans les soins à donner. Et ceci se traduisait souvent par des règlements, par exemple à l'heure du repas, les Augustines pénètrent en rang dans la salle des malades. Les plus jeunes d'abord. La supérieure entre la dernière et se place derrière la table où sont disposés les plats de service. Chaque religieuse se

range devant le lit de son malade et s'incline profondément devant lui en signe de respect. Elle lui lave les mains, lui apporte la nourriture et l'aide à manger. D'autres règlements reviennent sur ce sujet du respect du malade : l'Augustine doit avoir un visage doux et joyeux, une promptitude remplie d'allégresse, évitant l'insensibilité au mal d'autrui que la longue fréquentation des malades a coutume d'engendrer si on n'est pas sur ses gardes, prenant des sentiments tendres et pleins de compassion en telle sorte que les malades sachent que nous les servons sans dégoût, ainsi plutôt avec plaisir, pour longue et fâcheuse que puisse être sa maladie. Donc, une présence remarquée par une mission de services aux personnes mais aussi par une qualité d'organisation structurée, à savoir : des horaires permettant d'assurer toujours des présences nécessaires, un rôle particulier dévolu à chacune (sans chapeau syndical), le respect du silence alors que le personnel chuchotait pour ne pas indisposer les malades et que tout était fait pour éviter le bruit néfaste à l'évolution des malades, la propreté.

Au sujet de la propreté, les religieuses ont toujours été reconnues pour les soins d'hygiène donnés aux malades et pour la propreté éclatante de leurs salles. Les Augustines, par exemple, sont invitées par leur constitution et leurs règlements à n'avoir qu'un seul luxe, celui de la propreté, laquelle doit être exquise. Elles doivent prendre soin de se laver fréquemment les mains. Plus précisément : « Le devoir de la religieuse est de pourvoir et de prendre garde à tout ce qui touche l'hôpital, de tenir le fort net, de faire brûler parfois quelques parfums, de faire vider au plus tôt les immondices, ouvrir en son temps les fenêtres pour prendre l'air, de ne jamais laisser trainer aucun linge. ».

Nous avons ainsi hérité d'une philosophie unique de distribution de soins dont nous aurions eu tout avantage à nous inspirer. Les religieuses ont contribué activement à construire les bases du système de santé au Québec en tant que propriétaires, gestionnaires d'hôpitaux, infirmières et pharmaciennes. L'avons-nous maintenue, améliorée ou l'avons-nous laissée se détériorer ?

Toujours au niveau de la santé, les médecins se sont aussi inscrits à l'histoire. Il y a bien eu toute l'évolution scientifique des deux derniers siècles avec la découverte de maladies, les moyens de les diagnostiquer, l'arrivée de médicaments plus spécifiques et propres au traitement de maladies précises. On a qu'à se rappeler de l'arrivée des neuroleptiques en psychiatrie qui a bouleversé le traitement des psychoses et des névroses chez une population considérable de personnes internées.

Mon premier contact avec la « médecine » se situe à la fin des années 40 et le début des années 50 et il relève d'une dimension familiale. Côté paternel, on ne comptait pas moins que cinq médecins dont mon grand-père, aussi mon parrain. On imagine qu'il était facile d'entendre parler du contexte médical de l'époque.

Les spécialités médicales n'étaient à peu près pas développées. Les médecins étaient plutôt des généralistes; la chirurgie et l'ORL étant inscrites comme spécialités. J'ai retenu de mon grand-père qu'il était une personne très structurée; il était très organisé dans son travail. Tous les matins, il était à l'hôpital à 7 h pour faire ses opérations. Après le dîner, il faisait une sieste de trente minutes. Puis, il recevait des patients au bureau. À 15 h 30, il faisait ses visites à domicile, retournant même à l'hôpital pour le suivi de ses patients. Assez souvent, par des beaux après-midis de l'époque, je l'accompagnais en voiture pour ses visites à domicile.

Bien sûr, c'était une autre époque. Tel *modus operandi* ne saurait se concilier avec la réalité actuelle. Aucune comparaison n'est pensable. Pourtant, de cette période, je retiens que les médecins étaient très dédiés à leurs patients et que les soins et les services étaient offerts sur une base humaine, alors que cela n'était même pas encore inscrit dans les droits des patients.

### **Le social**

Lorsqu'il est question de l'évolution de notre réseau public de services, force nous est faite de considérer le volet social. Celui-ci est vite devenu intimement lié à celui de la santé ! Mais antérieurement au jumelage que l'on connaît aujourd'hui, il y avait séparation en l'état des missions, se manifestant par le cadre législatif et le modèle organisationnel de l'époque.

Les services de « caractère social » étaient tributaires de la Loi de l'assistance publique davantage centrée sur les personnes dans le besoin, les nécessiteux, dans un contexte de services médicaux privés. La séparation des deux volets se vérifiait par l'existence de ministères différents : le ministère de la Santé et le ministère de la Famille et du Bien-être social. C'est de ce ministère dont relevaient les services sociaux. Ils étaient organisés selon une structure régionale à l'intérieur des diocèses. Ainsi, dans les années 60, le diocèse de Québec incluait l'actuel diocèse de Sainte-Anne-de-la-Pocatière, et la région de Québec incluait l'actuelle région de Chaudière-Appalaches au plan administratif. Ils étaient connus sous le vocable de Service familial de Québec, de Beauce, de Lévis, de Sainte-Anne-de-la-Pocatière et ainsi de suite.

Ils étaient supportés par le ministère de la Famille et du Bien-être social et par les campagnes de la Plume Rouge, devenue aujourd'hui Centraide. Ils offraient des services de base aux individus et aux groupes ainsi que l'aide à domicile par des auxiliaires familiaux. Dans la plupart de ces secteurs, il y avait les « unités sanitaires » où l'on trouvait particulièrement des infirmières dédiées à la prévention des maladies infectieuses et à la dispensation des vaccins, entre autres choses. Ces unités sanitaires ont été abolies dans la foulée de la première grande réforme des services de 1971, dont il sera question plus loin, et alors intégrées à la santé communautaire.

Je retiens de cette époque qu'il y avait un fort sentiment d'appartenance à l'organisation ; le personnel s'identifiait à celle qui l'employait et les usagers bénéficiaient du respect inconditionnel du personnel. C'est ainsi que ces premiers balbutiements d'un réseau plus structuré ont été caractérisés par la simplicité, le respect, l'humanisme, l'attention donnée aux personnes.

## CHAPITRE 3

### De l'émergence d'un changement : les années 60

#### **La Révolution tranquille**

Le début des années 60 est marqué par ce vent de réflexion donnant lieu à de nouvelles orientations dans les services publics. Les libéraux de Jean Lesage sont portés au pouvoir avec « l'équipe du tonnerre ». On voulait mettre fin à toutes ces années noires du « duplessisme » et au favoritisme partisan qui avait fait les belles années de Maurice Duplessis. Cela annonçait des changements mais il nous était difficile d'en identifier la nature et la portée.

#### - Le politique et le religieux

Nous étions encore dans une période où l'on trouvait cette proximité du « politique » avec le « religieux ». L'influence de ce dernier faisait partie du quotidien. Qu'il suffise de rappeler que les conseils d'administration des services familiaux étaient constitués des élites locales et, qu'habituellement, le curé paroissial en faisait partie. Le Père Lévesque au niveau des sciences sociales et Mgr Parent au niveau de l'éducation étaient les pionniers des changements à venir et des références en haute estime du gouvernement en place.

#### - La syndicalisation

Promesse électorale en mains, Jean Lesage a complètement modifié le visage des services publics avec la nouvelle « Loi sur la fonction publique ». Le gouvernement serait le cadre favorisant la syndicalisation, donnant la sécurité d'emploi et le droit de grève aux employés de l'État. Il s'agissait en soi d'une révolution, mais il faut admettre que Jean Lesage a été bien naïf dans son geste. En effet, son idée de base était que la stabilité d'emploi donnée aux employés de l'État ferait en sorte que le droit de grève ne risquait pas d'être utilisé. L'histoire nous aura prouvé le contraire.

De pair avec la réforme en éducation, nous avons assisté à un début de mouvance dans les valeurs.

- Les nouveau-nés syndicaux se sont vite préoccupés de définir le concept de « revendication » et de structurer leurs organisations respectives. On n'a rien oublié. Le nouveau lexique comprend alors des instances locales, régionales et provinciales (la qualité de « nationale » n'existait pas encore). Ce fut la période de l'affirmation des intérêts des syndiqués, particulièrement au niveau des salaires.

Il faut dire qu'à cette époque, les salaires n'étaient pas élevés, n'ayant jamais été négociés avec l'État. J'ai moi-même débuté, fin des années 60, avec un salaire de 6 475 \$ par année, pour 35 heures par semaine en milieu hospitalier. Les collègues qui travaillaient 32 heures par semaine hors du milieu de la santé gagnaient 6 115 \$ par année.

- Les communautés religieuses commencent alors à laisser la place dans l'administration et la gestion des hôpitaux. Pour une bonne partie des années 60, il existe encore des écoles d'infirmières dirigées par des religieuses. Certains postes de direction des soins, de chef d'unité de soins, de chef des archives, par exemple, sont assumés par des religieuses.
- Les conventions collectives servent maintenant de bible et la qualité des relations que les syndiqués ont avec l'employeur et la population en besoin de soins commence à changer de couleur. Au milieu des années 60, particulièrement dans les hôpitaux, l'intérêt individuel et collectif syndical se développe. De nombreux faits ou situations deviennent prétexte à la revendication. Une certaine tension, inconnue jusqu'alors, s'installe. Sur fond de convention collective, les griefs sont déposés pour des motifs plus souvent anodins que réellement importants. C'est ainsi que ce contexte évolue vers une première grève de la fonction publique à l'été 1966. Pour la première fois, des piquets de grève apparaissent à l'entrée des hôpitaux.

Le libéral Jean Lesage ne voyait pas la possibilité de grève chez les employés de l'État. Voilà que la vraie nature de la nouvelle réalité l'a rappelé à l'ordre. En juin 1966, l'Union nationale prend le pouvoir avec Daniel Johnson. « L'équipe du tonnerre » libérale n'aura duré que six ans, le temps d'inscrire à l'agenda politique des changements majeurs, à mettre au monde de nouvelles valeurs défendues par un nouveau type de serviteurs publics, qui se sont découverts une mission de défense de leurs droits syndicaux, vite devenue au centre de leurs intérêts.

## CHAPITRE 4

### De l'arrivée des réformes

On sentait déjà de l'effervescence dans le milieu des soignants de tout acabit. Il devenait de plus en plus intéressant d'aspirer à un monde meilleur, fort d'un droit de grève offert sur un plateau d'argent, pour assurer son mieux-être individuel. Ce sont tous des « mieux-être » individuels que les centrales syndicales ont additionnés pour défendre le concept du « collectif ». Dès lors, les syndicats travaillaient pour améliorer le niveau de vie de la communauté, à travers les conditions de travail, bien sûr.

Le climat changeait et c'était palpable. Déjà en juin 1969, un avertissement était donné. Le parti au pouvoir, l'Union nationale, doit se doter d'un nouveau chef. Il y a campagne à la chefferie et le congrès se tient au Colisée de Québec. Les centrales ne peuvent pas manquer une telle occasion de démontrer leur force. Tous sont convoqués au Parc Victoria pour débiter une marche vers le Colisée de Québec. Comme c'était connu d'avance, la police municipale et la Sûreté du Québec avaient prévu le coup. Toutes les entrées au Parc de l'Exposition étaient fermées. Certaines étaient faciles à contrôler, mais d'autres, comme celle face au boulevard des Alliés, étaient en bois.

À leur arrivée, les syndiqués constatent l'inaccessibilité aux lieux. La colère se manifeste. Les tentatives de forcer les entrées deviennent de plus en plus importantes. Le feu est mis aux portes du boulevard des Alliés. L'escouade anti-émeute de la police municipale repousse les manifestants ici et là. Les pompiers interviennent, bref le bordel est pris.

Je suis aux premières loges, demeurant sur le boulevard des Cèdres où une multitude d'autobus scolaires sont stationnés pour le retour des manifestants. J'assiste au spectacle. Lorsque l'anti-émeute de la Sûreté du Québec est apparue, se plaçant en rang serré du côté est du Colisée, j'ai eu un sentiment de crainte, puis de peur. C'était comme à la guerre, surtout lorsque cette escouade a décidé que le party devait se terminer. Ils sont sortis du terrain du Colisée, pourchassant les manifestants dans toutes les directions.

Le balcon arrière de mon logis donnait au sud. Il n'y avait que notre stationnement et une voie ferrée qui nous séparaient de l'émeute. Or, la chasse policière s'est faite d'un trait, sans aucun repli. Une bonne quantité de manifestants se sont empressés de traverser la voie ferrée, même de passer par-dessus le toit d'un commerce de bateaux et de se retrouver, pour certains, cernés dans notre propre cour. Voyant un policier dégainer et avoir un face-à-face inoubliable de par la tension qu'il y avait, nous avons retraité à l'intérieur de notre logis et barré nos portes. Ces manifestants ont finalement été repoussés jusqu'à leurs autobus sur le boulevard des Cèdres.

Jean-François Bertrand a été élu chef de l'Union nationale, parti moribond affecté par les décès récents de ses chefs Daniel Johnson, Paul Sauvé, et par l'intérim d'Antonio Barrette. La table était mise pour la recrue libérale Robert Bourassa. Mais surtout, le ton était donné pour la suite des choses en relations de travail et les conséquences sur le réseau public de services.

### **1971 – La grève du Front commun syndical**

Même si le Québec n'avait pas rompu depuis très longtemps avec le duplessisme, que les libéraux n'avaient pas eu de difficulté à donner son « bleu » à l'Union nationale, il reste que le slogan électoral de Daniel Johnson en 1966 « Égalité ou indépendance » avait laissé des traces, pour ne pas dire des bases de nationalisme. Or, en même temps, les libéraux de Robert Bourassa étaient les mal-aimés du monde syndical. Ils représentaient une cible de choix pour continuer d'accroître leur pouvoir.

On se doute bien que la nature et la qualité des services publics ne sont pas nécessairement le point central d'intérêt. Maintenant, ce sont les revendications syndicales et le bien-être des syndiqués qui est l'aval. Tant et si bien que les trois centrales syndicales, la CSN, la FTQ et la CEQ, se découvrent un intérêt commun de lutte contre le méchant gouvernement. Le Front commun syndical voit le jour et une guerre de tranchée est à l'agenda. Celui-ci n'en démord pas dans ses revendications et le gouvernement ne peut laisser s'étioler son autorité.

La machine de guerre a son calendrier. Le Front commun syndical a réussi à faire consensus : il y aura grève générale illimitée de tous les employés des secteurs public et parapublic en avril 1971. La date est fixée au 4 avril, sauf erreur.

Du côté syndical, tout est planifié stratégiquement. Il faut des démonstrations de masse aux endroits stratégiques où le piquetage est sur la base de 24 heures. C'est ainsi que les plus importants établissements de santé sont visés. À Québec, ce sera l'Hôpital Saint-Michel-Archange (HSMA) où près de 5 000 personnes sont hospitalisées et comptant sensiblement le même nombre d'employés.

La stratégie syndicale est de montrer sa force face au gouvernement, lequel a alors pris les moyens de résister. Il faut se rappeler ici l'importance du ravitaillement en nourriture pour 5 000 patients et en matériel de literie et de couches pour une grande partie d'entre eux en soins de longue durée et sur des unités d'infirmierie, telles que désignées à l'époque.

L'objectif syndical était de faire le blocus de l'HSMA, empêchant le ravitaillement de tous ordres et l'entrée de tout syndiqué à partir de minuit du premier jour de grève. La croyance étant que le personnel cadre ne tiendrait pas longtemps et que le gouvernement n'aurait d'autre choix que d'abdiquer.

Or, cela ne s'est pas tout à fait passé ainsi. À cette date, je venais d'être promu cadre. La direction de l'hôpital avait aussi planifié son mode de résistance. La veille du début de la grève, en soirée, tous les cadres devaient se rendre à l'hôpital et s'inscrire à la porte centrale, avec la perspective d'un long siège. En ce début d'avril 1971, il y avait encore de la neige au sol. Aussi, chacun s'est présenté habillé en hiver et avec sa valise d'effets personnels. Les professionnels qui disposaient d'un bureau étaient invités à s'y rendre; les autres étaient dirigés vers le pavillon Habitat 2525, soit l'ancienne école des infirmières. Durant la soirée, une équipe passait par les bureaux pour distribuer les matelas et les couvertures. Une centrale de coordination des effectifs et de planification des affectations a été mise sur pied au 2<sup>e</sup> étage de la partie centrale où la vue sur l'entrée principale du Chemin de la Canardière était possible.

Il va sans dire qu'à minuit une, des centaines de syndiqués bloquaient l'accès de cette entrée. Durant les premières 48 heures, les services étaient offerts aux patients selon une disponibilité volontaire. Mais des événements imprévus sont intervenus. Lorsque le personnel cadre affecté aux infirmeries a eu besoin de matériel propre, il a été constaté que les syndiqués, avant de quitter sur le dernier quart de travail, avaient placé tout ce matériel dans des sacs de linge souillé pour boucher tous les conduits menant à la buanderie. Donc, plus de rechanges. Puis, à la troisième journée, le personnel de l'informatique, non syndiqué, a refusé d'être affecté à autre chose (services aux patients) qu'à leur travail habituel. Sur la ligne de piquetage l'on croyait au début de la reddition patronale. Qui sortait de l'hôpital, n'y entrait plus. Or, à l'intérieur, la réaction a été immédiate. D'abord, l'hôpital a décidé de faire entrer des remorques de matériel jetable, au besoin, aux moments où il y avait relâchement sur la ligne de piquetage durant la nuit. Et pour éviter que des cadres aient l'idée de sortir comme le personnel de l'informatique (plus question de revenir une fois sorti), l'hôpital décide du fonctionnement suivant :

- Tout cadre à l'intérieur doit faire un quart de 12 heures de travail;
- Le cadre est affecté à un secteur ou unité déterminé par la centrale de coordination;
- Les 12 heures de travail et les 12 heures de repos sont ainsi rémunérées : huit heures à taux simple, les huit heures suivantes à taux et demi et les dernières huit heures à taux double.

Ces mesures se voulaient incitatives pour les cadres à demeurer à l'intérieur. Et c'est ce qui est arrivé. Il n'y a pas eu d'autres désertions et une ambiance de camaraderie et de solidarité s'est vite installée.

Personnellement, j'ai été affecté de 19 h à 7 h à une tournée des infirmeries avec une coordonnatrice de soins infirmiers. Une expérience inoubliable. Il s'agissait de dortoirs de dames assez âgées dont certaines étaient traumatisées à la venue d'un homme dans leur espace vital. J'y ai aussi appris à changer les draps de lit d'une personne de 350 livres sans qu'elle ne quitte son lit.

Le lien que ces patients ont établi avec un personnel nouveau, mais très dédié, a été remarquable. Les tournées se faisaient aux quatre heures, donc les patientes étaient changées plus souvent que l'habitude. Malgré leur âge avancé, l'importance de leur atteinte mentale associée à une sénilité certaine, plus les jours de grève avançaient, moins il y avait de patientes à changer lors des tournées. C'est comme si elles appréciaient la qualité du service offert et qu'elles « se retenaient » dans une sorte d'effort pour la cause. J'ai aussi entendu le commentaire « le gruau n'avait jamais été aussi bon que durant la grève ».

Les patients appréciaient ce qui leur apparaissait probablement comme des services plus humains et plus personnalisés.

Au bout d'une semaine, un incendie s'est déclaré dans le poulailler, à côté des bâtiments de la ferme. Tous ont convenu à la manœuvre syndicale. La réaction de l'hôpital : coupure du courant dans les poteaux de connexion des chauffe-moteurs où les syndiqués de la ligne de piquetage garaient leur voiture.

Le temps passait et, pour le gouvernement, il fallait en finir. Le gouvernement Bourassa a donc décrété la Loi 19 (je crois bien) forçant le retour au travail dès minuit une le 22 avril, sous peine de très fortes amendes aux syndiqués, aux syndicats et aux chefs syndicaux. À l'heure fatidique, il y eut convergence des syndiqués du Front commun sur La Canardière pour empêcher les employés d'entrer au travail. La Sûreté du Québec, qui était prête, est intervenue en force et, peu à peu, le personnel est entré au travail pour le quart de nuit. Il y eut une quasi-émeute. C'est ici que les Pépin (CSN), Laberge (FTQ) et Charbonneau (CEQ) ont été emprisonnés, mesure prévue au décret.

La situation est demeurée instable durant la semaine suivante; le mécontentement était palpable. Alors que nous avons retrouvé notre domicile après plus de deux semaines de siège, une reprise des actions syndicales est annoncée. L'Hôpital Saint-Michel-Archange est avisé par la Sûreté du Québec que les syndiqués vont tenter d'entrer et d'occuper l'hôpital, en après-midi, tel jour. Ce jour-là, la Sûreté du Québec a fait évacuer tout l'étage de l'entrée principale afin de permettre aux syndiqués d'entrer, mais aussi d'être pris en souricière par des escouades d'agents déjà à l'intérieur qui les attendaient.

Cet épisode de mon expérience, assez longuement décrite, a été marquant pour moi. J'y ai vu jusqu'où le monde syndical pouvait bassement se positionner et même se commettre dans des actions criminelles. Lorsque les premiers syndiqués sont entrés au travail à minuit une le 22 avril, je me suis dit : « Pauvres patients, le bon temps est terminé ». Oui, c'était terminé les belles expériences de vie. Pour preuve, cette anecdote. Un soir, on me demande d'aller remplacer, pour l'heure du souper, le cadre affecté à la surveillance du 4D de l'unité des messieurs. Il s'agit d'un département de psychopathes, toujours fermé à clef. J'arrive là avec mes 125 livres, mouillé. Dans ce genre de département, c'est un peu comme en prison : il y a des règles, des structures. Sitôt arrivé, se pointe un gaillard d'environ 250 livres qui m'aborde en disant : « Crains rien, icitte le boss c'est moi, t'auras pas de trouble ». Inattendu, fantastique. Le groupe, et sa hiérarchie interne, savait qu'il y avait grève. Ils ont vu passer des « gardiens nouveaux », des gens ne représentant pas pour eux nécessairement l'autorité. Ils ont donc pris des initiatives, les choses en main pour que ça fonctionne bien dans un contexte spécial et inhabituel. Certains, comme ce « gentil monsieur », ont pris des responsabilités qu'on ne leur donnait pas habituellement.

J'y ai vu des patients qui ont grandement apprécié la qualité de prestation de services offerts. Je retiens qu'il y a eu une différence durant cette grève. Définitivement, les patients ont bien aimé ce changement temporaire dans les conditions du milieu de vie et la prestation des soins. Cette grève, et premier affrontement majeur avec le gouvernement, avait ouvert une porte sur un système de santé qui ne serait jamais plus le même. Dorénavant, la question des relations de travail occuperait de plus en plus de place. L'ère des contestations, des négociations, des droits syndicaux, des griefs, des arbitrages prenait son envol. Lorsque l'on vit l'histoire c'est le *hic et nunc* qui prédomine. Mais, *a posteriori*, il faut bien admettre que les préoccupations majeures dans le réseau de la santé étaient davantage centrées sur le bien-être des syndiqués. La propreté des lieux, la présence empathique, le respect inconditionnel du patient et la disponibilité ont commencé à être des valeurs à risque pour le futur.

### **1972 – La réforme dans la santé et les services sociaux**

C'est ainsi que le ministre Claude Castonguay arrive avec une première réforme majeure dans la santé et les services sociaux. Ces deux entités sont fusionnées par la création du ministère de la Santé et des Services sociaux. Une perspective de vision unifiée des services à la population.

Rappelons que les hôpitaux sont sous la gouvernance responsable des communautés religieuses pour la plupart, que les unités sanitaires offraient des services aux voyageurs et de vaccination à la petite enfance. Occasionnellement, une infirmière pouvait se rendre à domicile. En moins grand nombre qu'aujourd'hui, les

personnes âgées restaient plus longtemps hospitalisées. L'hébergement à long terme se faisait plutôt dans des endroits relevant de communautés religieuses, sur une base privée. Par ailleurs, chaque type d'établissement tels hôpitaux, écoles, lieux de réadaptation et de rééducation, était autonome dans sa gestion.

Un premier élément de cette réforme fut la création de nouveaux types d'établissements en fonction de niveaux de services, soit les services de première ligne, les services spécialisés et les services ultraspecialisés. Un deuxième élément fut le regroupement des services sociaux. Il ne faut pas oublier aussi que, dans un premier temps, le gouvernement devenait le maître-d'œuvre de la gestion de ces nouveaux établissements qui, plus tard, vont devenir la propriété du gouvernement suite à des ententes avec les communautés religieuses. Une autre volonté du père de la réforme était la démocratisation des établissements par la formation de conseils d'administration dont le *membership* devait refléter une diversité de représentation.

- La création de nouveaux établissements

Pour refléter les niveaux de services et le regroupement de professionnels, le ministre crée :

- Les centres locaux de services communautaires (CLSC);
- Les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CH);
- Les centres hospitaliers de soins prolongés (CHSP);
- Les centres d'accueil d'hébergement (CAH) et de réadaptation (CAR).

De plus, chaque centre hospitalier est tenu de réserver 10 % de ses lits à une clientèle en état d'hébergement. Il s'agira des unités de soins prolongés (USP). On peut donc voir là une certaine préoccupation pour la réalité des personnes en perte d'autonomie. *A posteriori*, on constatera que cette ouverture contribuera plus tard à l'engorgement des hôpitaux qui se sont retrouvés avec 90 patients et plus occupant des lits de courte durée mais nécessitant un hébergement, en sus de leur unité de soins prolongés.

Ces établissements étaient :

- Les CLSC ont d'abord été mis sur pied de façon graduelle, dans les centres urbains dans un premier temps. Ils devaient servir de « porte d'entrée » dans le réseau nouveau de distribution de services. Ils devaient diminuer l'utilisation de l'hôpital. À l'aube de leur nouvelle vocation, les CLSC ont certes offert de pertinents services. Par contre, ce début d'existence a été embryonnaire. Les

professionnels de services sociaux s'y sont retrouvés en bon nombre. L'approche communautaire a été privilégiée dans de nombreux CLSC. Par opposition à l'intervention clinique individuelle ou de groupe, l'intervention communautaire de l'époque a davantage visé à aider les groupes défavorisés et à organiser des mouvements de revendication. La critique est rapidement intervenue. Les CLSC ont été accusés d'être un lieu de « tricoteuses » où les intervenants étaient des fomenteurs d'actions sociales perturbantes, des « nids de communistes ». C'était mal parti.

Mal parti au point où Thérèse Lavoie-Roux, alors ministre libérale de la Santé et des Services sociaux, peu après l'élection du gouvernement Bourassa en 1970, a exigé un moratoire sur le développement des CLSC, le temps de savoir ce qui se passait vraiment dans ces établissements avant d'injecter de nouvelles sommes dans le développement de ce type de ressources.

En 2017, la fonction CLSC se retrouve à l'intérieur d'une mégastructure ayant fusionné tous types de services sur un territoire donné. Ils ont pris une place importante dans l'offre de services. Je suis toutefois d'avis qu'antérieurement à ces intégrations de services, ils n'ont pas vraiment assumé leur mandat de première ligne pour éviter les engorgements d'hôpitaux, particulièrement des urgences.

- Les CSS

L'idée était ici de regrouper les professionnels des services sociaux qui n'étaient pas en CLSC. Ce type d'établissement a donc rassemblé les intervenants sociaux des hôpitaux, des centres d'accueil et des écoles; ceux-là œuvrant toujours dans ces établissements mais en vertu d'un contrat de services avec le Centre de services sociaux. Le CSS avait aussi le mandat de services aux enfants et aux adultes placés en famille d'accueil.

La Protection de la jeunesse est venue se greffer à cette structure peu après. Ce fut une époque grandiose pour le développement des services sociaux et de programmes de services. Par ailleurs, cela occasionna une explosion de « structures », de l'usage de consultants externes; ce fut la création d'une multitude de comités et les nombreuses discussions sur les organigrammes. Cela ne s'est pas fait sans des confrontations et des luttes de pouvoir. Il y avait d'abord une première véritable opportunité d'accéder à des postes de gestion, plus encore pour certains d'obtenir un poste important, d'où les longues discussions sur les plans d'organisation que les organigrammes traduisent.

On l'aura deviné, toute cette effervescence contribua à l'émergence de vocabulaire nouveau, à la production de textes de réflexion pour appuyer et légitimer les choix de programmes de services tout autant que pour défendre les éléments du plan d'organisation et les orientations prises.

Après quelques années de rodage et d'appropriation, on voit s'introduire dans les textes légitimant les changements le leitmotiv « centré sur le client » qui deviendra le passe-partout des réformes ou changements suivants. Si des efforts sont vraiment faits en ce sens, il faut accepter de dire que l'on s'est aussi conforté dans la préoccupation des structures.

- Les CH

Connus comme nos hôpitaux, la réforme les renomme « centres hospitaliers », mais elle prévoit des catégories : les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et les centres hospitaliers de soins prolongés. Ces derniers reçoivent les personnes en plus grande perte d'autonomie et ils deviendront plus tard les centres hospitaliers de soins de longue durée, soit les CHSLD.

- Les CA

Cette catégorie avait prévu les centres d'accueil pour enfants, les centres d'accueil d'hébergement (CAH) et les centres d'accueil de réadaptation (CAR) où l'on retrouvait les centres pour toxicomanie. En fait, dans le processus de prise en charge des personnes, il y avait une gradation. Il y avait la famille d'accueil pour enfants (FAE) et pour adultes (FAA) pour la personne en besoin de support et d'encadrement; le centre d'accueil pour enfants nécessitant un encadrement plus structuré et le centre d'accueil d'hébergement pour les personnes en légère perte d'autonomie. Si l'autonomie se dégradait, il fallait penser au CHSP, les futurs CHSLD.

- L'État-providence

Si, avant cette réforme, les dispensateurs de soins et de services ne se préoccupaient que du service à offrir et du patient à servir, la venue de l'État-providence a laissé des traces.

Petit à petit, on habitue les gens à tout demander et à tout recevoir, plus souvent qu'autrement pour ne pas perdre des voix électorales. Par exemple, au milieu des années 70, le gouvernement met en vigueur un nouveau système de rémunération des cadres basé sur des classes salariales. Et son implantation est rétroactive à plusieurs années. La rémunération de certains a triplé. En même temps, les augmentations de salaires étaient quasi annuelles et de l'ordre de 4,5 %, 5 % et même 6,75 %.

Non seulement on crée l'habitude mais aussi les attentes. Or, à mon sens, cela a contribué à déplacer nos valeurs vers des intérêts individuels, les réussites personnelles et la défense du corporatisme.

Quelques autres dates ont vu notre système de santé subir des changements.

- 1980 – La réforme questionnée.

La première réforme de 1972 n'a toujours pas atteint ses objectifs d'implanter des niveaux différents de distribution de services. Le gouvernement péquiste a remplacé les libéraux et il s'est empressé de nommer le Dr Rochon comme ministre de la Santé. Évidemment, ce dernier voulait laisser sa trace au ministère. C'est ainsi que l'efficacité du modèle de première instance est vite critiquée.

Certes, chaque parti au pouvoir et chaque ministre aime bien y laisser sa trace, ce qui contribue à un éternel brassage d'analyses, d'orientations et de décisions. C'est comme si on doutait toujours du modèle en place. C'est un peu la raison pourquoi cette décennie a été marquée par une effervescence des structures. Sous la gouverne du Dr Rochon, il est observé, ou mieux, diagnostiqué, que les CLSC arrivent difficilement à être la porte d'entrée du système de services. Les hôpitaux sont de plus en plus engorgés par la présence de personnes ne nécessitant plus de soins médicaux actifs. Afin de mieux circonscrire la mission des divers types d'établissements, le ministère décide de transférer les services sociaux en milieu scolaire des centres de services sociaux (CSS) vers les centres locaux de services communautaires (CLSC). Cette opération apporte des changements à l'intérieur même de la structure des CSS.

- 1985 – Élection des libéraux

Les changements de la réforme Rochon n'ont pas encore produit les résultats attendus que les libéraux veulent y laisser leur empreinte également. Devant les critiques sur l'efficacité des CLSC et de la disparité des programmes d'un CLSC à l'autre, la ministre de la Santé et des Services sociaux, Mme Thérèse Lavoie-Roux, décide de mettre sur pause le développement des CLSC, question de prendre le temps d'évaluer où on s'en va avec cette entité de services. Il faut dire qu'à l'époque, les CLSC ne sont pas présents partout. Et tout ajout d'un nouveau CLSC revêt un caractère politique. Une région non représentée par le parti au pouvoir pouvait risquer d'attendre son CLSC pendant un bout de temps.

- 1990 – Émergence de problèmes et perspectives de changements.

Depuis leur création en 1972, les centres hospitaliers (CH), les centre de services sociaux (CSS), les centres hospitaliers en soins prolongés (CHSP), les centres d'accueil de réadaptation (CAR) et

d'hébergement (CAH) étaient des créatures gouvernementales et aussi financées par le gouvernement.

Si les établissements autres que les centres hospitaliers n'étaient pas en situation de voir augmenter leurs budgets annuels de façon significative, il en va autrement pour les centres hospitaliers. Rappelons que dans cette catégorie, on retrouve les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et les centres hospitaliers de soins ultraspécialisés. Or, il s'agit du seul type d'établissements abritant de la technologie et haute technologie médicale.

Chacun de ces établissements est dirigé par un conseil d'administration dont les membres sont désignés ou élus selon la représentation prévue par la loi. Ces conseils sont soucieux de voir rayonner leur établissement et de prendre le leadership dans le traitement de problématiques pointues.

Parmi les plus importants, une émulation s'est créée. C'est ainsi que des demandes sont faites régulièrement au Ministère pour l'ouverture de nouveaux services ou pour l'achat d'équipement sophistiqué. Parfois, le processus va plus vite. Les dépenses aussi. À l'époque, il n'y avait pas de loi obligeant à ne pas faire de déficit. Les petits déficits encourus, moins de 1 million \$, devaient être assumés dans le budget de l'année suivante et, si cela devenait problématique, l'établissement était mis devant des compressions budgétaires à faire. Habituellement, l'option était la coupure de postes, la réduction des budgets de perfectionnement, le report de rénovations, etc.

C'est dans ce contexte que certains établissements ont commencé à parler de « déficits anticipés », devenant de plus en plus difficiles à résorber. Pour le Ministère, un déficit budgétaire annuel supérieur à 1 million \$ était problématique et, parfois, il en imputait la cause à une direction interne en poste depuis trop longtemps, surtout si leur allégeance politique connue n'était pas celle du parti au pouvoir. En pareil cas, les difficultés financières ont conduit à des mises en tutelle.

Les problèmes financiers des centres hospitaliers devenaient de plus en plus importants, étant la conséquence des augmentations annuelles des coûts de système, et de la concurrence inter-établissements pour une offre de services plus élaborée et plus sophistiquée, mais aussi plus coûteuse.

Définitivement, il fallait des changements. De façon non exhaustive ni exclusive, je me réfère à deux types de changements : issus de l'interne du système et de l'externe.

- Issus du système lui-même

Pour mettre fin à son insatisfaction face à certaines directions et philosophies de gestion dans un établissement de santé qui lui apparaissaient nécessaire de changer, le Ministère peut utiliser des moyens particuliers. Un des moyens peu coûteux était de s'impliquer dans le choix d'un nouveau directeur général lors de la vacance du poste. Suite à une offre d'emploi publicisée, un jury de sélection doit être mis sur pied par le conseil d'administration. Ce jury est composé de trois membres du conseil d'administration et de deux représentants nommés par le Ministère. Dans la perspective où le Ministère désire un changement de cap dans la gestion d'un hôpital et dans la culture locale, il choisit parcimonieusement ses représentants qui, bien que minoritaires au comité de sélection, ont assez d'expérience de gestion dans le réseau, transportant une notoriété telle qu'elle peut influencer les membres majoritaires (du conseil d'administration) du comité de sélection. J'ai personnellement vécu une telle expérience comme administrateur d'un hôpital, désigné comme président du comité de sélection. Le Ministère avait fait en sorte qu'un directeur général d'un hôpital éloigné de notre région applique sur le poste vacant. Il est rapidement devenu évident que cette candidature était « le cheval de Troie » du Ministère. Lorsque le comité fut rendu à prendre sa décision, les deux représentants du Ministère ont opté pour le candidat supporté par le Ministère en votant en premier. Puis, deux représentants du conseil d'administration ont voté pour un candidat local qui a obtenu mon vote, le dernier et prépondérant. Cet épisode veut traduire que le Ministère disposait de moyens pour influencer des changements et briser un historique de culture qui ne lui plaisait plus.

- Issus de l'extérieur

Les dépenses en santé ne cessent d'augmenter. Souvent, elles constituent la moitié du budget de la province. Le phénomène est vite devenu une réalité continentale. Comme les courants de changement proviennent toujours de l'ouest, de nouvelles approches de gestion y ont vu le jour; comme par exemple; le *Planning-Programming-Budgeting System* (PPBS), autrement dit la gestion par programme. Plusieurs structures de soins et de services ont adopté cette stratégie. Le but recherché étant de faire des économies dans les dépenses publiques et privées.

À l'époque, dans un hôpital, on fonctionnait par service et par département. Chaque type de professionnels relevait d'un service et d'un chef de service issu de la même profession. Ce gestionnaire devait donner l'encadrement professionnel et administratif aux professionnels de

son service. Ceci impliquait qu'il devait, au niveau de l'appareil médical, identifier les besoins en ressources, voir aux affectations nécessaires, sinon s'inscrire dans un processus de développement, donc de demandes budgétaires. Si, pendant des décennies ce modèle a prévalu, on l'a qualifié de « fonctionnement en vase clos » pour supporter le changement vers la gestion par programme.

Et c'est ainsi que vers 1992, on a assisté à des changements majeurs dans les provinces de l'ouest. En Alberta, des hôpitaux fusionnent alors que débute la disparition des services centrés sur une profession. Ceci s'accompagne d'une importante période d'incertitude pour tous les professionnels médicaux et paramédicaux en milieu de santé. Il faut dire qu'il s'agissait là d'un profond changement dans les pratiques professionnelles, apportant aussi son lot de réactions à la coupure du cordon ombilical avec son groupe d'appartenance. Il y eut même des tentatives de défusion d'hôpitaux dans l'ouest.

Ce n'était qu'une question de temps avant que le centre et l'est du pays ne prennent contact avec cette ère de changement. D'abord l'Ontario vers 1996 et, bien sûr, le Québec en 1997-1998.

À Québec même, la démarche en n'a pas été une en plaçant l'utilisateur au centre des préoccupations. Plusieurs hôpitaux avaient des services spécialisés ou ultraspécialisés, des clientèles différentes et, il faut bien le dire, se voyaient en concurrence les uns avec les autres, donc voulant protéger sa spécificité et ressortir finalement avec le plus important statut possible. Le personnel de ces hôpitaux était constamment à l'affût des nouvelles et des commérages de corridor sur ce que l'avenir leur réservait. Et ces nouvelles étaient attendues des multiples rencontres de conseils d'administration des hôpitaux.

Un jour, l'Hôpital du Saint-Sacrement désire une fusion avec l'Hôtel-Dieu de Québec. Ça ne fonctionne pas. Alors, il propose une fusion avec l'Hôpital l'Enfant-Jésus, un autre s'y objecte. Le CHUL refuse une fusion proposée par un autre hôpital parce que le projet inclut l'Hôpital Laval ou l'Hôpital du Sacré Cœur, je ne me rappelle pas exactement. C'en était rendu que le personnel attendait les résultats des réunions de conseils d'administration pour savoir dans quelle sorte d'organisation fusionnée il se retrouverait.

À mon avis, ce ne fut pas la période la plus glorieuse de notre réseau. Le *leitmotiv* « centré sur le client » n'était pas très considéré. C'était plutôt la course au prestige et il ne semblait pas y avoir de rationnel dans les propositions soumises par l'un ou l'autre.

Par exemple, l'Hôpital du Saint-Sacrement était situé dans un secteur où il y avait la plus forte concentration de personnes âgées. La gériatrie et la médecine familiale y occupaient une place importante même si la Clinique des maladies du sein et le Centre des grands brûlés y faisaient leur début comme services ultraspécialisés. Cet hôpital (HSS) possédait tous les atouts pour développer une spécialité en gériatrie : l'environnement externe, la présence de ressources professionnelles compétentes, l'unité de médecine familiale, l'urgence rénovée, etc. L'établissement aurait pu être consacré comme le lieu privilégié de l'enseignement universitaire et spécialisé pour la clientèle âgée. Cette option n'a pas émergé du bouillonnement politique qui faisait rage.

Il y avait aussi la course au statut d'hôpital universitaire. Il était connu que tous ne pouvaient aspirer à un tel statut qui conférait un développement assuré pour l'élu. Pendant que l'hôpital de l'Enfant-Jésus tenait absolument à être désigné « universitaire », que peu d'hôpitaux étaient intéressés à fusionner avec Saint-Sacrement et sa clientèle, que Saint-Sacrement savait très bien que le Ministère ne voulait pas qu'il continue à voguer seul, il ne restait à celui-là qu'à se quêter un abri quelque part. La liste des choix était assez réduite. C'est ainsi que Saint-Sacrement s'est tourné vers l'Enfant-Jésus pour négocier son futur et qu'il a dû accepter son intégration, et non sa fusion, à l'Enfant-Jésus. Cela faisait toute une différence. Une fusion aurait signifié l'abolition des postes cadres dans les deux organisations et l'affichage des postes au plan d'organisation renouvelé. Or, l'intégration signifiait que l'Enfant-Jésus recevait du personnel et des cadres dont il lui fallait disposer et sur la base qu'il disposait déjà du personnel cadre suffisant dans toutes ses directions.

Par conséquent, pendant près de deux mois à l'automne 1998, les gestionnaires de Saint-Sacrement ne savaient pas ce que l'avenir leur réservait. À terme, l'Enfant-Jésus a aboli tous les postes cadres de Saint-Sacrement et, pour ménager la chèvre et le chou, a résolu d'afficher lesdits postes dans la nouvelle organisation. Or, une intégration signifie : tu arrives chez nous en ressources excédentaires, nous on a tout ce qu'il faut déjà ! Les comités de sélection se sont tenus à l'Enfant-Jésus. Au final, deux ou trois cadres supérieurs de Saint-Sacrement ont été retenus. Tous les autres se sont retrouvés sans emploi. Triste page de gestion dans notre réseau local. C'était aussi une des premières conséquences des fusions d'établissements de santé, ainsi retenue comme solution aux difficultés financières de ceux-ci et que l'on pouvait qualifier comme un début de processus vers la gestion par programme.



## CHAPITRE 5

### **La qualité des services – avant 2005**

S'il est un sujet que les directions d'établissements affectionnent, c'est bien la qualité des services. On aime répéter et se convaincre que tout est « centré sur le client ». Ceci signifie une bonne dose d'allergie à toute malencontreuse situation qui pourrait être rendue publique. Il faut donc s'assurer de mettre en place les bonnes pratiques et aussi de considérer les insatisfactions des usagers si on veut corriger les écarts négatifs.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux disposait déjà d'une provision d'articles régissant l'examen des services et des soins rendus. La Loi prévoyait l'existence d'un « régime d'examen des plaintes » dont le détail se retrouvait dans un peu plus d'une cinquantaine d'articles. La procédure d'examen des plaintes devait être entérinée localement, au niveau de chaque établissement et au niveau régional, pour les régies de la santé et des services sociaux responsables de l'examen des plaintes pour les organismes communautaires, les ressources privées de personnes âgées et le transport ambulancier.

La Loi prévoyait que chaque établissement désigne une personne responsable de l'examen des plaintes et de faire des recommandations quant à l'amélioration des services. Ces personnes sont désignées comme le « commissaire local » ou « régional » aux plaintes et à la qualité des services.

C'est la direction de l'établissement qui désigne le commissaire. Très souvent, cette fonction est assurée par un des directeurs en place, habituellement le directeur des services à la clientèle quand tel poste est prévu à l'organigramme. Cette réalité organisationnelle était très satisfaisante pour un directeur général. En effet, tout directeur général d'établissement était désireux, non seulement de voir son organisation offrir des soins et des services de qualité, mais aussi d'éviter toute publicité entourant une situation de soins ou de services problématique. À cette époque, de nombreux directeurs généraux aimaient bien contrôler tout ce qui se passait à l'interne comme toute information susceptible de filtrer à l'externe. Ce contrôle était facilité par la responsabilité de l'examen des plaintes assumée par un directeur.

En 2006, dans un hôpital où je travaillais, c'est le directeur des projets et des services à la clientèle qui avait été désigné comme commissaire aux plaintes et à la qualité des services. La culture locale faisait en sorte qu'un bas niveau de plaintes signifiait un haut niveau de qualité des services offerts. Et cela était partagé par les administrateurs, au conseil d'administration.

C'est dans cette perspective qu'il avait été décidé que les insatisfactions de la clientèle, qui pouvaient être arbitrées davantage par la fonction de « services à la clientèle » que par celle de « commissaire aux plaintes », étaient inscrites dans un dossier comme « service à la clientèle » et non comme une plainte. En définitive, on pouvait négocier la situation d'insatisfaction soumise par le plaignant.

De plus, ce directeur avait confié l'examen des plaintes à une infirmière-cadre qui en demandait l'analyse aux gestionnaires immédiats de premier niveau. Déjà là, l'esprit de la Loi n'était pas respecté. Dans un tel contexte, des copies de plaintes s'accumulaient dans les bureaux des gestionnaires et la confidentialité n'était pas respectée.

## CHAPITRE 6

### La qualité des services 2005-2015

En 2005, un événement est survenu dans un CHSLD de la Montérégie. Il s'agissait d'un cas d'abus et de maltraitance largement diffusé dans la presse. Un élément choquant de cet épisode voulait que les administrateurs se disaient ignorants de telles situations. Cela est apparu inadmissible pour le ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque, le Dr Couillard. Ce dernier s'applique alors à modifier la Loi sur les services de santé et les services sociaux dans ses articles 29 à 76, traitant du régime d'examen des plaintes. L'objectif du ministre Couillard est de faire en sorte que les administrateurs d'établissements sachent ce qui se passe dans leur boutique, que les droits des usagers soient mieux respectés et que leurs insatisfactions (plaintes) soient reçues et examinées par une personne indépendante.

C'est ainsi que la LSSSS fut modifiée par l'introduction d'un commissaire local (et régional) avec exclusivité de fonction et indépendant de la structure organisationnelle. Ceci signifiait que les plaintes devaient être examinées par un cadre supérieur, relevant directement du conseil d'administration, pour son indépendance, et ne pouvant pas exercer d'autre fonction dans l'établissement pour le volet exclusivité.

Je fus le premier commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, indépendant et de fonction exclusive, à être choisi par le conseil d'administration de mon établissement. Au début, le concept de « services à la clientèle » a été évacué de la gestion des plaintes. Toutes les insatisfactions ont été inscrites dans des dossiers de plaintes.

Pour assurer que ce soit le commissaire lui-même qui examine une plainte et assurer la confidentialité nécessaire, un avis de réception de plainte était adressé au gestionnaire responsable du secteur concerné demandant une rencontre avec le commissaire. Ce dernier rencontrait le gestionnaire et, si nécessaire, l'intervenant concerné par la plainte. Tel que prévu par la Loi, la conclusion de la plainte était adressée au plaignant et, le cas échéant, les recommandations relatives à l'amélioration de la qualité des services devaient être adressées au conseil d'administration. Cet aspect était assuré par le comité de vigilance du conseil d'administration lequel se trouvait alors informé des situations problématiques ayant conduit à une recommandation.

Ce nouveau cadre d'un commissaire exclusif et indépendant ne plaisait pas à bon nombre de directeurs généraux d'établissements, surtout de la région de Montréal. Ces insatisfaits craignaient beaucoup de perdre leur emprise sur ce qui se passait dans leur établissement. Crainte qu'un commissaire indépendant, surtout s'il provenait de l'extérieur, ne les informe pas *a priori* des problèmes reliés aux soins et aux services. Un directeur ne voudrait pas être questionné par le conseil d'administration sur une situation qui lui aurait été inconnue.

À mes débuts comme commissaire, je faisais partie d'une cohorte de nouveaux commissaires indépendants et exclusifs suite aux modifications à la Loi. Nous avons eu le privilège de recevoir plusieurs sessions de

formation organisées par l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS). Nos responsabilités et la procédure elle-même de l'examen des plaintes nous ont été minutieusement expliquées par des experts en droit.

Une collègue commissaire dans un autre établissement avait demandé à me rencontrer pour me soumettre une situation qu'elle trouvait pénible à vivre. Elle était avocate et elle travaillait à temps partiel comme commissaire et dans une étude légale. Elle m'avait confié que la direction générale de l'établissement lui exigeait de prendre connaissance de toutes les conclusions de plainte qu'elle faisait préalablement à la remise de celles-ci à l'usager plaignant. Et qu'elle se permettait d'en modifier le contenu. J'étais abasourdi. Quel défi à la Loi ! Quel manque de confidentialité ! Quel non-respect de l'indépendance de la commissaire ! Je lui avais suggéré que la journée où elle ne pourrait plus tolérer l'intolérable, de démissionner et de porter plainte au Protecteur du citoyen contre cette directrice générale. Ce triste cas démontre bien en quoi certains directeurs généraux se sentaient menacés dans leur contrôle par un commissaire indépendant relevant du conseil d'administration.

## CHAPITRE 7

### La qualité – version 2015

Rappelons-nous que le premier ministre et le ministre de la santé sont des médecins; que les médecins ont, pour un bon nombre, une perception que les hôpitaux et la santé leur appartiennent. Ceux-là ont une vision administrative et lucrative de ce que devrait être notre système de santé. Et ce n'est pas anodin que le premier ministre ait placé le Dr Barrette à la santé ! Il avait fait ses preuves comme président à la Fédération des médecins spécialistes auxquels il accordera plus tard d'importantes concessions monétaires. Il apparaissait comme le « *bulldozer* » tout désigné pour façonner le réseau de la santé d'une manière historique.

Rappelons-nous aussi de tous ces épisodes de réformes structurelles du réseau de la santé et des services sociaux dont il a été question plus haut dans ce document. Il semble que depuis 1972, il faille s'assurer de modifier ce réseau, ne serait-ce que pour y laisser son empreinte personnelle. Alors, malheureusement en 2015, nous étions dus.

Le motif retenu : les coûts faramineux des soins et des services. Et il n'y a rien comme un médecin « rempli » d'idées pour refaire la carte des soins.

J'ai le goût ici d'inscrire un article du journal *Le Devoir* du 24 février 2016, de Henry Mintzberg, titulaire de la Chaire de gestion John Cleghorn à la Faculté de gestion Desautels de l'Université McGill – Santé :

« Le système de santé, au Québec comme ailleurs, n'est pas en situation d'échec, bien au contraire : nous vivons plus longtemps aujourd'hui grâce à des traitements plus efficaces. Seulement, plusieurs de ces traitements sont coûteux et personne ne veut les payer. C'est pourquoi notre gouvernement a entrepris de réformer le système par un procédé qu'on peut appeler l'ingénierie administrative. Par exemple, il fusionne des établissements à gauche et à droite, mesure tout et n'importe quoi, et enchaîne les restructurations en retraçant les traits sur les organigrammes. En général, cela n'arrange rien et, bien souvent, ne fait que distraire les fournisseurs de services. Mais qu'à cela ne tienne : plus on enregistre d'échecs, plus on persiste dans la même voie. La plus récente restructuration au Québec pourrait s'avérer la plus dévastatrice de toutes. »

## CHAPITRE 8

### **L'après 2016**

Le ministre Barrette croyait qu'en fusionnant et en intégrant tous les types d'établissements en seulement 34 nouveaux établissements, la planification des services serait optimisée : on retrouverait moins de cadres, les achats se feraient à moindre coût, etc. Les avantages obtenus ne semblent pas avoir fait leur marque auprès des personnels, au point que ce que l'histoire est en train de nous laisser ce sont davantage les pertes, les inconvénients.

C'est ainsi que la qualité des services depuis la réforme Barrette a grandement modifié l'héritage de qualité de soins et de services. Et cela a pu s'observer à divers niveaux.

### **L'autonomie des établissements**

Il y avait certes beaucoup d'établissements et certains auraient pu être avantageusement fusionnés dans leur catégorie. Il n'en demeure pas moins que chacun avait son conseil d'administration et que la structure se limitait à quatre ou six directions. Les orientations et les décisions importantes se prenaient localement en fonction des besoins identifiés localement. Avec la réforme Barrette, ces établissements sont devenus des « installations » au sein d'un seul établissement. Cette situation confortait le Dr Barrette quant à sa mainmise sur le réseau. Il avait prévu dans sa loi que tous les postes cadres étaient abolis et que c'est le ministre lui-même qui désignait les 34 nouveaux présidents-directeurs généraux (PDG). Il a assurément choisi des personnes qui étaient bien d'accord avec l'esprit de sa réforme et qui feraient en sorte qu'elle s'actualise sans critique. Dès lors, les orientations et les décisions étaient prises par 34 PDG et conformément à la volonté du ministre.

#### - La culture locale

Mis à part peut-être les centres urbains de grande importance, chaque établissement disposait d'une culture qui lui était propre et qui reflétait les valeurs et même l'histoire du milieu. Selon que l'on se trouvait en milieu urbain ou rural, les politiques d'embauche ou de gestion financière pouvaient varier à l'avantage de chacun tout en répondant à ses besoins locaux. On pourrait dire qu'avoir unifié et uniformisé tout cela n'est que positif; il n'en demeure pas moins que le personnel d'un établissement y trouvait une sécurité et un plaisir à travailler dans et pour son établissement. Les nouveaux employés de « l'après Barrette » n'ont pas connu cet esprit de culture locale. Ils sont arrivés dans une organisation « post-culturelle ».

#### - Le sentiment d'appartenance

Il y a consensus sur le fait que les établissements, surtout en santé, représentaient beaucoup pour la population locale et particulièrement pour ceux qui y travaillaient. Ces organisations étaient le moteur économique local. Elles avaient souvent émergé avec la contribution ou la complicité de la population locale. Il n'était pas rare que plusieurs générations d'une même famille eussent travaillé dans tel hôpital.

La population s'identifiait à son hôpital. Elle en était fière et orgueilleuse des services et des nouvelles technologies. Nombreux étaient ceux qui espéraient y travailler. C'était une référence. Ce sentiment d'appartenance, je l'ai vécu.

Dans ma famille, il y avait cinq médecins dont mon grand-père paternel qui fut un des premiers chirurgiens à l'Hôtel-Dieu de Lévis et le premier directeur du « bureau médical » de l'époque, aujourd'hui nommé le « conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ». J'avais un peu un certain sentiment de parenté et de fierté pour l'hôpital. De 1982 à 1992, j'ai été administrateur de l'hôpital (CA) et j'avais le sentiment de travailler pour « mon hôpital » et d'assurer une suite pour son développement. Le personnel était fier d'y travailler. L'hôpital, c'était « notre affaire, l'affaire de tous ». On appelait cela le « sentiment d'appartenance ». Un tel sentiment trouve sa racine dans l'histoire d'une organisation et son évolution.

La réforme Barrette est venue faire disparaître ce concept. Comment pouvait-il en être autrement ? Comment aurait-on pu croire conserver ses acquis, ses valeurs organisationnelles locales et l'appartenance à son organisation quand on se retrouve dans une grotesque usine de distribution de soins et de services, impersonnelle, sans identifiant de référence ?

- Des établissements bien garnis

Du temps des établissements autonomes, la structure organisationnelle était simple et de compréhension sans équivoque : un directeur général de qui relevaient cinq directeurs : finances, soins infirmiers, services professionnels, ressources humaines et services multidisciplinaires. Une variante était possible selon la grosseur de l'établissement. De ces directeurs relevaient les cadres intermédiaires (chefs de service). Dans ce cadre opérationnel, tous les employés connaissaient le nom du directeur général qui avait accès rapidement à l'information sur ce qui se passait dans la boutique et sur les besoins à combler pour satisfaire la clientèle.

Le ministre Barrette croyait que sa réforme permettrait des économies au niveau des achats, des contrats et aussi de la planification et de l'organisation des services. Il espérait également que la diminution des cadres apporterait son lot d'économies en rémunération. En ramenant le réseau à 34 établissements, il était très plausible de réaliser des économies sur les achats de biens. Par contre, il n'en fut pas nécessairement de même au niveau de la rémunération et de l'organisation. Le 31 mars 2015, tous les postes de cadres du réseau ont été abolis. Ces gestionnaires disposaient de conditions de travail précisant qu'à l'abolition d'un poste, le cadre pouvait décider de prendre sa retraite ou de recevoir une indemnité de fin d'emploi, équivalant à un an de salaire, ou d'être replacé dans le réseau. Le montant dévolu aux indemnités de fin d'emploi n'a jamais été connu mais il a dû être d'une grande importance, diminuant probablement l'effet « économie » de l'aventure.

Je ne suis pas certain que les réorganisations aient généré de si substantielles économies lorsque nous regardons les nouvelles structures des 34 nouveau-nés. En effet :

- Ces organigrammes sont des monstres de paliers. La structure étant basée sur la gestion par programmes pour des territoires immenses, on retrouve trois ou quatre niveaux de « directions ».

- Cela nécessite souvent un « directeur adjoint » et plusieurs conseillers ou coordonnateurs cliniques. Au final, il y a presque autant de cadres que lors du tremblement de terre Barrette de 2015.
- Les décideurs sont éloignés de la clientèle. La prise de décisions est souvent plus lente à cause de la concertation/consultation à obtenir des divers secteurs de l'étendue géographique concernée, affectant plusieurs « installations » que sont devenues les anciens établissements.

- Un régime d'examen des plaintes attaqué

Lors de la modification de la loi en 2005, le ministre Couillard a introduit la fonction de commissaire aux plaintes comme étant indépendante et exclusive. Dorénavant, le commissaire relève directement du conseil d'administration et il ne peut pas œuvrer à autre chose. À l'époque, ce changement devait apporter la garantie d'une plus-value dans la qualité des services. De façon générale, les centres hospitaliers et les centres jeunesse disposaient chacun d'un commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Les centres de santé et de services sociaux (CSSS) se divisaient déjà le territoire d'une région administrative. De ce fait, un commissaire aux plaintes était disponible pour les CLSC et les CHSLD publics de son territoire. De même, certains CHSLD privés se sont regroupés pour disposer d'un commissaire aux plaintes.

La Loi prévoyait un commissaire par établissement. Et cette provision légale n'a pas été changée avec la réforme Barrette. Par exemple, en Chaudière-Appalaches, il était donc prévu un seul commissaire, avec possibilité d'un commissaire adjoint ou plus, pour être le chien de garde de la qualité des services dans la région 12, donc pour :

- 4 hôpitaux,
- 29 CHSLD et 5 privés conventionnés,
- 23 CLSC,
- 1 maison des naissances,
- 2 groupes de médecine de famille (GMF),
- 50 installations adaptées à des besoins spécifiques,
- Tout le transport ambulancier,
- 12 000 employés et 800 médecins.

Certains centres hospitaliers ont été fusionnés en un seul établissement, sans l'être avec des CLSC ou CHSLD. Il s'y est retrouvé un commissaire aux plaintes et un commissaire adjoint par centre hospitalier. Or, là où toutes les installations de divers types étaient fusionnées, comme en Chaudière-Appalaches, un commissaire et un commissaire adjoint, cela ne pouvait suffire. Au lieu de prévoir une organisation territoriale où il y aurait pu y avoir quelques commissaires adjoints, le ministre Barrette a résolu le problème par la simpliste addition d'un dernier paragraphe à l'article 30 de la LSSSS, prévoyant :

« Une personne qui est membre du personnel de l'établissement peut agir sous l'autorité du commissaire local ou du commissaire local adjoint. »

Cette non-reconnaissance de la fonction de commissaire aux plaintes de la part du ministre allait avoir des conséquences dans son actualisation.

- Initialement, le législateur a voulu qu'un cadre supérieur relevant directement du conseil d'administration soit redevable d'examiner les plaintes, donc d'identifier des lacunes quant à la prestation des soins et des services et de recommander des améliorations. Ceci nécessitait que la personne ne puisse pas avoir un autre travail et soit indépendant de la structure.
- L'utilisation de « membres du personnel » en lieu et place de commissaires-adjoints a vite fait d'apporter les irritants suivants :
  - Ces personnes ont rapidement fait l'objet de convoitises syndicales.
  - En tant que syndiquées, ces personnes ne pouvaient pas œuvrer au régime d'examen des plaintes à temps partiel et avoir un autre travail dans l'organisation (exclusivité de fonction).
  - En procédant à l'examen d'une plainte, elles pouvaient être en situation d'examiner la prestation des soins/services d'un collègue syndiqué et de devoir diriger la plainte à la direction des ressources humaines pour analyse à des fins disciplinaires, tel que la Loi le prescrit. Cet aspect peut donner ouverture à des conflits d'intérêt ou à une absence d'intervention à faire.
  - En cas de nécessité de recours à la liste de disponibilités pour un remplacement, il se présente deux problèmes :
    - La liste de remplacement est inexistante pour cette fonction. Il faut s'en remettre à des anciens commissaires et commissaires adjoints retraités.
    - Même s'il y avait des syndiqués sur telle liste, le plus ancien ne serait pas nécessairement le plus compétent. Sans compter qu'un remplaçant devrait être efficace et opérationnel au départ. Et ceci est possible avec une expérience de la fonction seulement.
    - Opérer le régime avec des syndiqués implique que, suite à une nomination à un poste, le syndiqué peut retourner à son ancien poste dans un délai de 30 jours, tel que prévu à la convention collective. Il faut saisir que cette incidence est susceptible de se répéter plus d'une fois, concernant un seul et même affichage de poste. Ceci pose un sérieux problème de continuité, d'assurance-qualité et de respect de la loi qui exige la livraison d'une conclusion de plainte au plaignant dans un délai de 45 jours de calendrier.
    - Le ministre aura beau avoir contourné la loi par une modification tardive, il demeure qu'un « membre du personnel syndiqué » ne sera jamais un commissaire ou un commissaire adjoint. C'est d'ailleurs l'un ou l'autre de ceux-ci qui doit signer la conclusion d'examen d'une plainte à être transmise au plaignant et qui, en principe, doit répondre de l'examen fait par un tiers.
- Des inquiétudes pour les droits des usagers avaient été soulevés en 2017 par Me Jean-Pierre Ménard. Selon lui, l'indépendance du processus de plaintes est mise en péril, car la « modification

proposée (membres du personnel) porte directement atteinte aux droits des usagers au traitement le plus impartial et indépendant possible de leurs plaintes ». En 2016, le Protecteur du citoyen avait enquêté et conclu que cette pratique faisait en sorte que le ministère bafouait sa propre Loi sur les services de santé et les services sociaux. Même la Fédération interprofessionnelle de la santé (FIQ) a aussi dénoncé la situation mais, pour le ministre Barrette, le problème soulevé était un détail insignifiant dans l'océan *bulldozer* de sa réforme. Selon lui, il suffisait de s'assurer que le membre du personnel n'occupe pas un autre emploi : réponse de maternelle à une question de baccalauréat.

## CHAPITRE 9

### Que reste-t-il de nos beaux jours ?

Au final, je me considère privilégié d'avoir vécu plusieurs réformes du réseau de la santé et des services sociaux. Cela a contribué à pouvoir regarder les éléments de plusieurs étapes, à les relier pour en faire un historique. Avoir cette possibilité de considérer d'où l'on est parti pour en arriver à la fin que nous connaissons.

J'ai vraiment apprécié œuvrer dans des organisations en ayant la possibilité de réaliser des actions intéressantes dans les services où j'ai été gestionnaire, et même comme représentant de mon association de cadres durant une dizaine d'années.

J'ai eu le privilège de travailler dans des hôpitaux qui étaient de petites cellules de gestion autonome où tout le personnel connaissait les raisons d'être, les valeurs de l'établissement ainsi que le nom du directeur général. Un fort sentiment de fierté et d'appartenance à notre institution était partagé par tous. Je crois fermement que cela a contribué à une offre de services personnalisés, adéquats et efficaces à la clientèle.

Le personnel était heureux de s'accomplir dans pareil contexte. La plupart, de cette période pas si lointaine, a fait carrière dans le même hôpital. Plusieurs générations d'une même famille y ont même laissé leurs traces.

Or, faut-il croire que ce fut trop simple et trop beau ? Si chacune des « petites » réformes d'avant 2015 ont entraîné leur désagréable lot de bureaucratie et de temps consacré à repenser aux nouvelles structures, jamais n'avions-nous connu une déflagration ministérielle médicale comme celle de 2015, comme seules les dictatures sont capables d'imposer.

En février 2016, Henry Mintzberg, titulaire de la Chaire de gestion John Cleghorn à la Faculté de gestion Desautels de l'Université McGill, dans un article intitulé « Ne réformons pas le système de santé en le mettant en pièces » traite de la réforme Barrette à travers certaines considérations dont celles-ci :

« C'est pourquoi notre gouvernement a entrepris de réformer le système par un procédé qu'on peut appeler l'ingénierie administrative. Par exemple, il fusionne des établissements à gauche et à droite, mesure tout et n'importe quoi et enchaîne les restructurations en retraçant les traits sur les organigrammes... La plus récente restructuration au Québec pourrait se révéler la plus dévastatrice de toutes. »

« L'année dernière, le premier ministre du Québec et son ministre de la Santé, tous deux médecins, ont décidé que personne ne devait se trouver à la tête de chacun de ces institutions. Ils ont donc éliminé les postes de directeur général – à la tête des hôpitaux et de la plupart des autres établissements de santé – pour les incorporer à des structures régionales ayant chacune un seul président-directeur général. »

« Cette fois, nos deux médecins ont procédé à une réorganisation radicale du système de santé dans toutes les régions du Québec simultanément à partir d'un modèle qui n'avait pas été éprouvé. Les dommages pourraient être majeurs. »

« Les nouveaux organigrammes dessinés par le gouvernement montrent un trait plein reliant les nouveaux président-directeurs généraux au ministère de la Santé et une ligne pointillée les rattachant aux conseils d'administration des anciennes institutions. Par ce petit stratagème, le gouvernement vient en fait de nationaliser nos hôpitaux, probablement de façon illégale... »

« D'aucuns croient que ces changements ont été apportés afin de permettre au gouvernement de réaliser des économies : c'est facile, débarrassons-nous de tous ces directeurs généraux. »

Sur les conséquences de cette décision :

« Voici un commentaire que j'ai reçu de l'un d'entre eux : J'ai été témoin de nombreuses organisation et transformations depuis que je suis administrateur dans le secteur médical, mais aucune d'entre elles ne s'était révélée aussi destructrice et déshumanisante... »

Ces considérations d'une sommité en matière de gestion étaient-elles tirées d'un mauvais rêve ? Que reste-t-il donc de nos beaux jours ?

Les éléments actuels du réseau de la santé et des services sociaux, ses structures et l'état des ressources n'ont rien en commun avec le portrait d'avant le dernier tremblement de terre de 2015.

Le mode de gestion actuel du réseau a peut-être permis certaines économies d'échelle, ce qui n'a pas été démontré jusqu'ici. L'ultra centralisation administrative a conduit à des pertes très importantes pour une distribution adéquate et qualitative des soins et des services.

- Les anciens établissements sont devenus des installations. Un déclassement pouvant paraître anodin mais conférant à chacun une existence anonyme.
- Les 34 nouveaux établissements ont été des créatures ministérielles. Le ministre a choisi lui-même les 34 président-directeurs généraux devant appliquer ses volontés. Les nouveaux conseils d'administration ayant perdu leur liberté de choisir leur président-directeur général.
- Les petites structures locales de services sont devenues des structures de programmes à échelle régionale. Ceci a eu comme conséquence la création d'organigrammes monstres par la multiplication des niveaux de directions de programmes.
- Le sentiment d'appartenance à un établissement régional regroupant plus de 10 000 employés n'existe plus. La boutique est une simple installation physique d'une réalité régionale.
- Quand une organisation gère plus de 10 000 employés, il est forcément plus difficile d'assurer une vision de soins et de services commune chez le personnel. L'étendue du territoire, l'éloignement des gestionnaires avec leur personnel ne facilitent pas toujours les communications et la transmission des informations quant au quotidien vécu et à la connaissance des besoins des usagers. Nous l'avons bien vu dans le cas de certaines ressources pour personnes âgées ou de CHSLD privés conventionnés durant la pandémie.

Les beaux jours de la dispensation sereine des soins dans des structures gargantuesques ont fait place à l'épuisement physique et mental des ressources en soins. Il aura fallu une épidémie et la sollicitation outrancière de soins et de services pour jeter un éclairage sur le manque de personnel auprès des personnes âgées affectées dans leur autonomie, en ressources d'hébergement comme dans les urgences et les unités de soins intensifs.

Pour pallier d'une certaine façon au problème, on a inventé la notion de « travail supplémentaire obligatoire » pour le personnel soignant. Il n'est pas facile de comprendre comment cette notion a-t-elle pu se trouver en tant que mode de gestion privilégié ! On a mal à imaginer que les syndicats aient accepté une clause à cet effet dans leur convention collective.

*A priori*, nous faisons rapidement le lien avec le code de déontologie des infirmiers. Il en irait d'une gestion d'éthique professionnelle. Ce code stipule à l'article 43 :

« À moins d'avoir une raison grave, l'infirmière ou l'infirmier qui fournit des soins et traitements à un client ne peut l'abandonner. »

Par ailleurs, le même code stipule à l'article 3 :

« L'infirmière ou l'infirmier ne peut poser un acte ou avoir un comportement qui va à l'encontre de ce qui est généralement admis dans l'exercice de sa profession ou qui est susceptible de dévaloriser l'image de la profession. »

Une première ambiguïté : une infirmière qui a déjà fait un quart de 12 ou 16 heures n'a-t-elle pas une raison grave d'arrêter le travail au risque de poser un acte ou d'avoir un comportement à éviter ?

Au sujet du « temps supplémentaire obligatoire », l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec donne un encadrement :

1. Le recours à cette pratique relève du domaine de la gestion et des relations de travail.
2. Il s'agit d'un contexte de devoirs et d'obligations déontologiques.
3. Avant de quitter, l'infirmière doit s'assurer que la continuité des soins et des traitements sera assurée. Or, ce n'est pas à elle d'assurer sa propre relève.
4. Après analyse de la situation, si elle juge ne plus être en état d'exercer, elle a le devoir de se retirer du travail et de refuser de faire des heures supplémentaires, mais elle doit aviser son supérieur de sa décision et lui offrir un délai raisonnable pour trouver une solution.
5. L'employeur ne doit pas utiliser le code de déontologie pour gérer une situation de manque de ressources.

Il y a donc lieu de croire que les employeurs s'inspirent du code de déontologie pour gérer les remplacements ou les absences au travail.

### **Qu'en est-il des conventions collectives ?**

Dans la convention collective du Syndicat des professionnelles en soins du Québec, l'article 26 traite du temps supplémentaire :

- Article 26-02, alinéa 3 et 4

« Le temps supplémentaire est volontaire pour toutes les salariées. La salariée n'a pas l'obligation d'effectuer du temps supplémentaire. »

« Cependant, dans les cas de situation imprévue occasionnant un besoin urgent, lorsque la liste de rappel aura été épuisée, la salariée sur place ayant terminé son quart de travail est tenue d'accomplir ce service en continuité avec sa journée régulière de travail. »

Dans la convention collective de la Fédération des infirmiers et infirmières du Québec (FIQ), c'est l'article 19 qui traite du temps supplémentaire. Le temps supplémentaire obligatoire n'y est pas inscrit explicitement.

- Article 19.01 – Définition

« Tout travail fait en plus de la journée régulière de travail, approuvé ou fait à la connaissance du supérieur immédiat et sans objection de sa part, est considéré comme temps supplémentaire. »

- Article 19.02 – Intervalle minimum

« À l'occasion d'un changement de quart de travail, il doit toujours s'écouler un minimum de seize (16) heures entre la fin et la reprise du travail. »

Comme le gouvernement n'a pas cru bon d'obliger le personnel soignant dans les hôpitaux, les RPA et les CHSLD à se faire vacciner au tout début de la pandémie, ce personnel a été un facteur important d'introduction de la COVID-19 auprès des clientèles. Le surcroît de travail occasionné par l'augmentation effarante des soins à donner a conduit au recours du temps supplémentaire obligatoire et à l'épuisement physique et mental du personnel soignant. Cette pratique date d'ailleurs d'avant la pandémie. Le réseau de la santé s'est vite retrouvé en pénurie de ressources : démissions, départs à la retraite, réorientation de carrière ont été le lot de conséquences d'un personnel épuisé.

Même si le Code de déontologie des infirmiers et infirmières contient une provision pour éviter qu'un patient « soit abandonné », il demeure que l'usage fait à outrance et de façon structurelle du temps supplémentaire obligatoire est parvenu à une pénurie de ressources devenue malheureusement le gros problème du réseau.

### **Que reste-t-il de nos beaux jours ?**

Il faut reconnaître que le personnel encore en place est définitivement un personnel dédié et offrant des services de qualité, si utilisé à bon escient.

Par ailleurs, il y a lieu de croire que notre réseau de santé et de services sociaux a été un jouet aux mains de politiciens, non imputables de leurs décisions. Tous devaient avoir une volonté de l'améliorer, mais chaque ministre voulait aussi y laisser sa trace, sa marque. Ce qui explique autant de réformes au fil des gouvernements qui se succèdent. Sauf que chaque modification ou réorientation est devenue une démarche bureaucratique et de jeux de structures. Est-ce pour mettre fin à tous ces essais-erreurs que le ministre

Barrette a joué le grand coup en faisant table rase des établissements ? S'il est certain que cela peut prendre un temps pour connaître des économies d'échelle, il est assuré que le personnel y a perdu en identité, en culture d'établissement et en appartenance à une organisation de soins et de services.

## ÉPILOGUE

La qualité des soins et des services sera celle dont le personnel pourra s'approprier sur une base personnelle. Il en sera ainsi si le ministère de la Santé et des Services sociaux se concentre sur les besoins des usagers au lieu des structures et des beaux organigrammes.

Dans cette perspective :

- Le maximum de postes à temps partiel devrait être converti en temps plein pour assurer une stabilité d'emploi et offrir un attrait pour l'exercice de la profession d'infirmier et d'infirmière ;
- Le ratio soignant/personnes âgées en RPA et en CHSLD devrait être revu pour assurer des soins décents et de qualité à cette clientèle ;
- Chacun de ces établissements de soins de longue durée d'importance devrait compter sur la présence d'un commissaire aux plaintes et à la qualité des services sur place pour assurer à ces clientèles démunies et à leurs familles une garantie de soins de qualité ;
- Les 34 créations ministérielles de soins et de services devraient disposer d'un nombre suffisant de commissaires aux plaintes et à la qualité des services et de commissaires adjoints, au lieu de professionnels syndiqués, pour assurer un traitement impartial et objectif des plaintes ;
- Ces commissaires et commissaires adjoints devaient avoir un pouvoir coercitif, et non plus de recommandation, quant aux correctifs à apporter dans les soins et les services, sauf peut-être pour les considérations financières.

S'il devait y avoir une autre réforme de notre système de santé, elle ne devrait pas être laissée uniquement entre les mains d'un ministre de la Santé et des Services sociaux et des technocrates du ministère, mais être issue d'une large consultation des instances concernées par les soins et les services.

## RÉFÉRENCES

Les citations et références inscrites dans le texte sont issues de la documentation suivante :

- La Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec.
- Sœurs Augustines de la Miséricorde de Jésus a.m.j., *Mémoire du Québec*, 2016.
- Revue Monastère, nos organisations parentes, *Le Monastère des Augustines, une aventure en soi*, 2016.
- PORTER, Isabelle, *Ne réformons pas le système de santé en le mettant en pièces*, Le Devoir, 24 février 2016.
- PORTER, Isabelle, *Processus de plaintes dans les hôpitaux – Inquiétudes pour les droits des patients*, Le Devoir, 9 février 2017.
- GOULET, Ghislaine (Comité régional des associations pour la déficience intellectuelle) et FRANCOEUR, Mathieu (Mouvement des personnes handicapées pour l'accès aux services), *On néglige l'hébergement des personnes handicapées*, Le Soleil, 18 octobre 2017.
- Le Code de déontologie des infirmiers et infirmières.
- La convention collective de la Fédération des infirmiers et infirmières du Québec.
- La convention collective du Syndicat des professionnels en soins du Québec.