

**Mémoire présenté à la Commission d'étude sur
les services de santé et les services sociaux**

À Montréal, le 26 septembre 2000

Par le Conseil régional FTQ Montréal métropolitain

TABLE DES MATIÈRES

PRÉSENTATION DU CONSEIL RÉGIONAL FTQ MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN	3
INTRODUCTION	4
PARTIE 1 : UN NÉCESSAIRE RÉINVESTISSEMENT EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX	6
Des besoins partout	6
Un nécessaire rattrapage dans les services sociaux	7
Les sources de financement	7
PARTIE 2 : POUR LE MAINTIEN ET LE DÉVELOPPEMENT D'UN RÉSEAU PUBLIC	7
Pour une vision globale des soins et des services	8
Dans les services de santé	8
Dans les services sociaux	9
PARTIE 3 : POUR UN RÉSEAU INTÉGRÉ DE SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ	10
La mise en réseau	10
L'organisation du travail	11
CONCLUSION	12

Présentation du Conseil régional FTQ Montréal métropolitain

Le Conseil régional FTQ Montréal métropolitain représente environ 200 000 travailleurs et travailleuses membres des sections locales de la FTQ de la grande région du Montréal métropolitain. Notre mission visant l'amélioration des conditions de travail mais aussi des conditions de vie des travailleurs et des travailleuses, toutes les questions reliées à la santé et aux services sociaux en tant que biens essentiels et droits fondamentaux de même qu'en tant que secteur de développement socio-économique nous interpellent au premier chef. Nous portons un intérêt pour le réseau de la santé et des services sociaux, certes parce que ce réseau est le milieu de travail de bon nombre de nos affiliés membres de sections locales du Syndicat canadien de la fonction publique et du Syndicat québécois des employés et employées de service. D'ailleurs, plusieurs de nos constats, de nos solutions et de nos questionnements émanent des expériences et des connaissances concrètes de ces travailleurs et travailleuses qui vivent quotidiennement à l'intérieur du réseau, qui en connaissent le fonctionnement intime, les forces et les faiblesses, et qui sont à même d'identifier des avenues de solutions réalistes. Mais notre intérêt se porte aussi, et beaucoup, sur le réseau en tant que dispensateur de services aux citoyens et aux citoyennes, donc à tous nos membres et à leur famille.

Nous remercions la Commission de nous entendre aujourd'hui pour la région de l'île de Montréal. C'est en effet au niveau local et au niveau régional que les populations vivent au quotidien les réalités et problèmes du réseau de la santé et des services sociaux, d'où l'importance des consultations régionales qui leur permettent de s'exprimer. Il faut cependant reconnaître que les solutions se trouvent aussi et surtout au niveau national et que la présente démarche ne doit pas faire en sorte de régionaliser les solutions de façon à ce que l'accessibilité aux services ne soit encore plus inégale qu'elle ne l'est actuellement.

Présentant des enjeux et des problèmes vécus dans notre région, notre intervention s'associe pleinement à la démarche globale de la FTQ qui présentera ses positions lors des audiences nationales. Comme elle, nous prônons la nécessité d'un réinvestissement autant pour les services sociaux que pour les soins de santé; comme elle, nous défendons fermement le caractère public du réseau; comme elle, nous prônons le développement d'un réseau intégré de services sociaux et de santé qui identifie clairement les CLSC comme porte d'entrée, qui revoit l'organisation du travail de l'ensemble des personnels et qui revoit les modes de financement des établissements. Sans reprendre chacun des constats, chacun des questionnements et chacune des solutions qu'énoncera le mémoire national de la FTQ, nous mettrons l'accent sur certaines problématiques qui nous semblent des plus préoccupantes et sur certaines solutions qui nous apparaissent incontournables pour notre région.

Introduction

Une population en santé (physique, mentale et sociale) constitue une richesse pour un pays. D'ailleurs, depuis quelques années, la santé, tout comme le niveau d'éducation, est désormais au nombre des critères de l'OCDE pour classer les pays au palmarès de la richesse. Et de plus en plus, l'idée de considérer les argents affectés à la santé et à l'éducation comme des investissements, plutôt que comme des dépenses, fait son chemin...

La maladie et les problèmes sociaux coûtent cher. D'abord aux individus qui en souffrent dans leur corps et souvent dans tout leur être, puis à la société tout entière qui doit payer pour guérir et pallier aux problèmes. Ne dit-on pas qu'il « vaut mieux prévenir que guérir »? Nous le disons depuis longtemps, c'est à l'ensemble des variables socio-économiques (pauvreté, chômage, manque d'éducation, etc.) qu'il faut s'attaquer si l'on veut prévenir l'apparition de la maladie ou de problèmes sociaux. Dans son *Rapport annuel 1998 sur la santé de la population : Les inégalités sociales de la santé*, la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre, présente un constat saisissant sur le lien déterminant entre la santé de la population et les conditions socio-économiques dans lesquelles celle-ci évolue :

« ...pour les résidents des quartiers à faible revenu de Montréal, l'espérance de vie est de 5 ans inférieure à celle dans les zones à revenu élevé...La mortalité infantile est de 8 pour 1000 dans les zones à faible revenu, 5 pour 1000 dans les zones à revenu élevé. La proportion de nouveau-nés de faible poids double chez les femmes sous-scolarisées...La détresse psychologique et le suicide, en progression partout à Montréal, frappent davantage les zones défavorisées. Le sida...le taux d'infection par le VIH est 10 fois plus élevé chez les jeunes de la rue que dans la population en général. Chez les femmes, le cancer du poumon a remplacé le cancer du sein comme première cause de décès par le cancer, et frappe davantage les plus pauvres... L'espérance de vie à 65 ans est réduite d'un an chez les défavorisés et ceux-ci vivent un an de plus avec incapacité que les aînés mieux nantis. »¹

Le système des soins de santé et de services sociaux peut et doit participer aux vastes efforts collectifs que requièrent la prévention et le relèvement socio-économique. Malheureusement, la fonction actuelle du système relève presque exclusivement du curatif et du palliatif. Cette consultation à laquelle nous sommes conviés porte d'ailleurs uniquement sur la capacité du réseau de la santé et des services sociaux de répondre aux besoins curatifs et palliatifs qui découlent de la maladie et de problèmes sociaux. Nous centrerons donc notre propos autour de cet objectif. Mais, nous tenons quand même à souligner l'importance de la prévention socio-économique à laquelle peut et doit participer l'ensemble des activités gouvernementales. Nous tenons également à rappeler que les

¹ *Rapport annuel 1998 sur la santé de la population : Les inégalités sociales de la santé*, la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre, page iv.

nombreuses coupures qui ont eu lieu dans le secteur de la santé et des services sociaux ont eu des effets dévastateurs sur le niveau de l'emploi et sur la qualité de ces emplois. Dans la grande région de Montréal, on évalue qu'environ mille emplois ont été perdus dans le réseau de la santé et des services sociaux au cours des dernières années. C'est autant d'emplois, sinon plus, que ce que promet de créer, à plus ou moins long terme, l'entreprise Mosel Vitelic pour laquelle les gouvernements fédéral et provincial pourraient investir jusqu'à 1,3 milliard...

Ceci dit, concernant la capacité de l'actuel réseau de répondre aux besoins, nous croyons qu'il faut l'analyser à la lumière des attentes de la population et de ceux et celles qui y travaillent. Du côté des attentes de la population, nous constatons que le degré de satisfaction des personnes qui ont bénéficié de soins et de services est assez élevé, du moins chez ceux et celles qui peuvent s'exprimer sur les soins et services reçus. En effet, certaines clientèles plus vulnérables, dont les personnes vivant dans un CHSLD, où 30% des services de base requis sont actuellement non comblés, n'ont souvent pas la capacité de s'exprimer. Avec le phénomène du vieillissement de la population qui « s'avère plus rapide à Montréal qu'ailleurs au Québec et au Canada »², cette situation, déjà très préoccupante, ira en s'aggravant si la situation n'est pas rectifiée. De même, des familles refusent la désinstitutionnalisation à tout prix et s'inquiètent à juste titre de la qualité des services qui seront donnés par les ressources dites intermédiaires et du manque de suivi des personnes ainsi désinstitutionnalisées. Par ailleurs, nous croyons que l'accès aux services constitue le problème principal de la population à l'égard du réseau : difficultés de trouver un médecin de famille, délais pour avoir un rendez-vous avec un spécialiste, engorgement des urgences, listes d'attente pour les chirurgies et les traitements, manque de lits pour les soins de longue durée, rationnement ou absence de soins à domicile pour les personnes âgées, manque de suivi auprès des clientèles désinstitutionnalisées que ce soit, par exemple, en déficience intellectuelle ou en santé mentale, etc.

Du côté des travailleurs et des travailleuses du réseau, malgré qu'ils réussissent encore à offrir un service de qualité, il faut rappeler que les coupures ont occasionné un alourdissement considérable de la tâche au cours des dernières années, pour celles et ceux qui sont restés en emploi. Résultats : on est fatigué, on court toujours, on a peu ou pas de temps à consacrer à la relation humaine, qu'on sait essentielle au bien-être et à la guérison, donc, on ne tire plus de satisfaction d'un travail bien accompli. Tous les ingrédients sont là pour l'épuisement professionnel qui, malgré l'énorme difficulté à le faire reconnaître par la CSST, menace dans plusieurs établissements. En tant que milieu de travail, le réseau de la santé et des services sociaux connaît également des sérieux problèmes d'organisation du travail, notamment au chapitre de la définition des tâches.

Trois principes, interreliés, devraient guider la recherche de solutions à ces problèmes du réseau. Le premier est celui de l'accessibilité pour tous et toutes, dans toutes les régions du Québec, aux services sociaux et aux services de santé. C'est ce que réclame la population, à juste titre. L'amélioration de l'accessibilité passe inévitablement par un ajout

² *Rapport annuel 1999 sur la santé de la population montréalaise : Prévenir, guérir, soigner, les défis d'une société vieillissante*, Direction de la santé publique Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre, p. iv.

de ressources financières et humaines dans toutes les régions du Québec, d'autant plus qu'une revitalisation de l'emploi public est aussi un meilleur gage de santé de la population. Cet ajout de ressources fera l'objet de la première partie de notre mémoire.

Le deuxième principe est celui selon lequel les services de la santé et les services sociaux doivent conserver leur caractère public, et ce, autant en ce qui concerne la gestion et les activités de support qu'en ce qui concerne les soins et services aux personnes. Ceci fera l'objet de la deuxième partie de notre mémoire.

Parce qu'il faut aussi trouver les meilleures façons de faire pour que l'ajout de ressources financières et humaines soit utilisé à meilleur escient, nous proposons un troisième principe qui est celui du développement d'un véritable réseau intégré qui ajouterait à l'accessibilité et à la qualité des soins et des services, ce véritable réseau nécessitant une révision de l'organisation du travail à l'intérieur des établissements. Nous en traiterons dans notre troisième partie.

Bien entendu, pour sous-tendre le tout et pour faire des choix éclairés, il faut de l'information pertinente. Nous avons le sentiment d'un manque d'information assez généralisé pour un ensemble de problèmes ressentis mais peu ou pas documentés. Nous n'avons pas la prétention de posséder toute l'information requise. Nous tenterons toutefois d'éclairer certaines facettes de la réalité à la lumière des connaissances et des expériences des membres que nous représentons, simples citoyennes et citoyens ou travailleurs et travailleuses du réseau de même que de certaines recherches effectuées par nos affiliés.

Partie 1 : Un nécessaire réinvestissement en santé et en services sociaux

Des besoins partout

Il nous apparaît clair que toutes les composantes et toutes les missions du réseau ont atteint un niveau de sous-financement tel, qu'il constitue un point de rupture. Tous les types d'établissements manquent de ressources financières et humaines.

Nous avons déjà parlé du cas des CHSLD où, selon les experts, 30% des besoins de base ne sont pas assurés. En ce sens, nous saluons toutes les initiatives visant à améliorer la prestation des soins et services dans ces établissements. En certains endroits par exemple, on prône le mode « intégration milieu de vie », une approche qui tente d'humaniser les soins en respectant davantage les rythmes personnels des bénéficiaires. Mais il est aberrant de penser que l'implantation d'un tel mode se fera sans ajout de personnel et sans budget pour la formation du personnel.

Un nécessaire rattrapage dans les services sociaux

Sans vouloir opposer les types d'établissements et les types de services, car nous croyons fermement qu'il est impossible de scinder les missions de services sociaux et de santé, nous constatons toutefois que les services sociaux ont souffert davantage au cours des dernières années et qu'il faudra y investir plus que nous ne l'avons fait auparavant. Par exemple, dans bien des cas, suite au virage ambulatoire, les CLSC ont utilisé leurs maigres ressources pour assurer le soutien à domicile des patients en post-opératoire au détriment des services pour les personnes âgées et des services de prévention. C'est le cas dans plusieurs CLSC qui ont réduit, sinon abandonné, l'information donnée par les infirmières en milieu scolaire.

Dans le cas des vagues successives de désinstitutionnalisation, les ressources promises aux CLSC pour assurer les suivis n'ont pas véritablement accompagné la responsabilité qui leur a été confiée avec pour résultats un nombre important de laissés-pour-compte.

Les sources de financement

Nous parlons bien sûr ici du financement public de notre réseau car selon nous, la part du privé, par le paiement du particulier ou d'une assurance, est déjà trop importante. Si on prend par exemple le cas des personnes âgées en perte d'autonomie, les familles assument entre 75% et 80% de l'aide, ce qui se traduit par des coûts importants.

Il faut que le gouvernement québécois réinvestisse massivement. Nous supportons évidemment le gouvernement québécois dans ses revendications auprès du gouvernement fédéral concernant le Transfert canadien en santé et programmes sociaux et soulignons l'importance que ce financement soit récurrent. Mais de la même façon, nous croyons qu'il est important que le gouvernement québécois investisse lui-même des sommes récurrentes dans le réseau. Nous n'avons pas de solution miracle à proposer pour remplir les coffres de l'État. Mais nous profitons de cette occasion de réflexion, que le gouvernement québécois s'impose, pour lui rappeler l'engagement d'une réforme de la fiscalité qu'il a pris lors du dernier sommet économique.

Partie 2 : Pour le maintien et le développement d'un réseau public

Autant au chapitre de la prestation des services qu'en regard du financement du réseau de la santé et des services sociaux, nous réaffirmons notre opposition à la privatisation sous toutes ses formes, dont le désengagement de l'État vis-à-vis certains services et l'impartition (qui ouvre la voie à la privatisation). Nous croyons que l'ensemble de la prestation des services doit demeurer du ressort public. Le réseau public a déjà fait ses

preuves quant à sa capacité d'offrir des services et des soins de qualité à tous. De plus, le secteur privé est de loin plus coûteux et ne règle pas les problèmes d'accessibilité. Nous croyons que ceux et celles qui favorisent la privatisation ne le font pas pour des raisons d'économies pour le système de santé et de services sociaux mais bien pour des raisons idéologiques visant à favoriser la commercialisation (et des profits qui en découlent). Pour notre part, la santé est un bien trop précieux pour qu'on se permette de la soumettre aux impératifs du profit.

Pour une vision globale des soins et des services

Avant de vous exposer nos inquiétudes face au vent de privatisation qui souffle sur le réseau, nous tenons à insister sur notre vision globale de ce que doivent être des soins et des services aux personnes. Selon nous, les besoins de la personne malade ou de la personne qui nécessite des services sociaux sont interreliés, complémentaires, et forment l'ensemble de ce qu'on appelle le bien-être ou la qualité du milieu de vie. Pour guérir ou pour bien vivre, elle a besoin de soins médicaux ou de soins personnels (bain, aide pour les déplacements...), certes, mais elle a aussi besoin de bien manger, d'être dans un milieu propre et bien entretenu, d'avoir des vêtements propres et confortables, etc... Selon nous, les services de support sont en lien direct avec la santé et le bien-être, et leur qualité est aussi indispensable que la qualité des soins. Les personnes qui effectuent ces tâches de support font, elles aussi, partie du milieu de vie qu'est l'établissement ou le domicile. Nos inquiétudes en regard de la privatisation s'exprimeront donc autant sur la prestation des services de support que sur la prestation des soins pour lesquels le réseau public possède une expertise, du personnel compétent et des équipements qu'il ne doit pas compromettre.

Dans les services de santé

Bien qu'en matière de santé il y ait peu de pure privatisation, le seul hôpital privé à but lucratif (Le Centre métropolitain de chirurgie plastique inc. qui offre des services non assurés) étant dans notre région, nous aborderons ici trois questions préoccupantes : les exemples étrangers de privatisation des soins de santé; les impacts du droit des médecins d'exercer autant dans le système privé que dans le système public québécois et, la privatisation ou l'impartition des services dits auxiliaires.

Concernant les exemples étrangers, nous tenons à indiquer clairement que nous ne voulons pour aucune considération nous rapprocher du système américain où il en coûte deux fois plus cher qu'ici pour administrer le système de santé, sans parler du sort que subissent les citoyennes et citoyens américains qui ne possèdent pas d'assurances. Qu'il suffise de mentionner l'étude du *New England Journal of Medicine*³ qui démontre que les

³ Silverman, E., J.S. Skinner et E.S. Fisher, « *The association between for-profit hospital ownership and increased medicare spending* », *The New England Journal of Medicine*, vol. 342, no 6, août 1999, p. 420 à 426.

hôpitaux privés à but lucratif américains coûtent plus cher à administrer, chargent des prix plus élevés pour la prestation de leurs services et assument des coûts supplémentaires pour la gestion, le marketing, et autres activités connexes inhérentes à une entreprise privée (dépenses inexistantes dans un réseau public). Aux États-Unis, en 1995, la dépense moyenne par patient était de 732 \$ de plus dans le secteur privé à but lucratif que dans le secteur privé à but non lucratif (le secteur public étant inexistant). Pour ce qui est de l'exemple Albertain, on constate que les listes d'attente ne diminuent pas et que les coûts humains augmentent, sans parler du message que l'instauration d'hôpitaux privés enverra aux compagnies américaines, l'ALÉNA n'ayant jamais exclus les soins de santé.⁴

Du côté de la pratique des médecins, tous les services offerts sont couverts par la RAMQ, ce qui pourrait laisser entendre qu'ils sont accessibles et gratuits. Or, l'État s'est désengagé face à plusieurs soins, tels la psychologie et la physiothérapie. Obtenir un rendez-vous avec un neuropsychologue dans un hôpital peut prendre des années alors que ce même spécialiste peut vous voir dans un délai d'un mois dans son cabinet privé. Pour d'autres soins, tels une mammographie, les délais sont également longs faute de ressources suffisantes. Alors quand notre médecin nous en recommande une (ou à notre conjointe) après avoir décelé une « bosse », on n'attend pas des mois et on va dans une clinique privée. Si on en a les moyens, bien sûr; sinon, on angoisse....

Concernant les services dits auxiliaires, nous le répétons, ces services font partie d'un ensemble, qu'est le bien-être nécessaire à la qualité de vie et à la guérison, et on doit en assurer la même qualité que pour les soins. Nous nous inquiétons donc de cette tendance qui voudrait privatiser par exemple les services alimentaires ou les services de buanderie des hôpitaux. Selon nous, les expériences d'impartition ouvrent la porte à d'éventuelles pures et simples privatisations. Nous craignons également pour le projet de centraliser les services de support de plusieurs établissements dans le centre de Montréal.

Dans les services sociaux

À la faveur des diverses désinstitutionnalisations pour les déficients intellectuels, les malades mentaux ou les jeunes en difficultés, des dérives importantes voient le jour avec la création des ressources dites intermédiaires. On pense à Rivière-des-Prairies, entre autres. Ces ressources intermédiaires sont des entreprises privées à but lucratif qui embauchent soit des personnes n'ayant aucune compétence spécifique ou encore des jeunes finissants sans expérience. Le taux de roulement du personnel est très élevé, les salaires étant très faibles, à peine au-dessus du salaire minimum. On doit se questionner sérieusement sur la qualité des services donnés à ces clientèles des plus vulnérables. À long terme, ces pratiques risquent fort de coûter plus cher au système, sans compter ce qu'il en coûtera aux personnes mal traitées, mal soignées. Et qu'est-ce qu'on fera avec ceux et celles qui ne fonctionneront plus dans ces ressources? S'il y a des clientèles pour lesquelles un rattachement institutionnel est indispensable, il s'agit bien de celles-là.

⁴ *Les hôpitaux privés en Alberta*, Document d'information, Service de recherche du SCFP, janvier 2000, 15 pages.

Les entreprises d'économie sociale nous inquiètent également, en particulier dans les soins à domicile : bas salaires, roulement de personnel de 50 %... En plus des services d'entretien, ces entreprises réclament maintenant le droit d'offrir des soins à la personne et cela est d'autant plus inquiétant que la ministre s'est montrée ouverte.

Partie 3 : Pour un réseau intégré de services sociaux et de santé

Notre système de santé se caractérise par de grandes distinctions entre les différents types d'établissements, autant en terme de mission qu'en terme de fonctionnement, ceux-ci souvent mal connus de la population. Cette division ouvre la porte à une concurrence entre les types d'établissement, notamment pour le financement. Elle permet peu la coordination du système, ni la compréhension de celui-ci alors que le cheminement d'un patient peut le mettre en contact successivement et même simultanément avec plusieurs types d'établissement. Le système recèle d'évidentes incohérences. Par exemple, pourquoi aller chez son médecin et payer 25 \$ lorsqu'un « papier de médecin » requis par la CSST est gratuit à l'urgence de l'hôpital?

Par ailleurs, à l'intérieur même de chaque établissement, on observe des chasses-gardées et des batailles professionnelles qui ne servent personne, ni en terme de coûts, ni en terme de bien-être.

La mise en réseau

Les différentes composantes du réseau de la santé et des services sociaux gagneraient grandement à être mieux connues de la population et mieux coordonnées entre elles. Cette coordination passe par une nécessaire mise en réseau des établissements (hôpitaux, CLSC, CHSLD publics et privés conventionnés, cabinets et cliniques médicales). Mais cette mise en réseau ne nécessite pas nécessairement des fusions d'établissements comme on l'a fait ces dernières années pour certains hôpitaux, CLSC et CHSLD, de telles fusions amenant une déshumanisation des milieux de vie et de travail que sont les établissements. Par ailleurs, dans le respect d'un certain degré d'autonomie des établissements, nous croyons qu'il faut conserver des normes nationales.

À notre avis, avec leur territoire à l'échelle humaine, les CLSC, devraient être la porte d'entrée du système; il s'agit d'ailleurs de leur mandat d'origine. Il faudrait toutefois qu'ils aient les pouvoirs et les moyens d'agir et qu'ils soient « attirants », entre autres avec des heures d'ouverture assez longues; il faudrait également que leurs services soient mieux connus. Actuellement, pour plusieurs soins, c'est encore plus simple et plus rapide d'aller à l'hôpital, d'autant plus que dans bien des cas, on ne sait pas que le CLSC pourrait répondre au besoin.

Quant aux médecins, il faut véritablement les intégrer dans le réseau et cela passe par leur organisation du travail et par leur rémunération. En matière d'organisation du travail, il faut développer une « définition de tâches » qui tienne compte des diverses dimensions et des divers lieux du travail médical. Il faut aussi développer des mécanismes (coercitifs et pas seulement incitatifs) qui feraient en sorte que les médecins ne seraient inscrits à l'assurance-maladie qu'en participant à l'ensemble de cette description de tâches ou en s'entendant entre eux pour une répartition des tâches sur un même territoire. En matière de rémunération, il faut questionner le paiement à l'acte comme mode généralisé de rémunération, celui-ci handicapant toute transformation des pratiques.

Côté financement, nous voulons attirer l'attention de la commission sur la situation suivante que nous trouvons aberrante : les budgets affectés à l'entretien des bâtisses relèvent des établissements alors que les budgets de construction relèvent du ministère. Il devient compréhensible, surtout dans des périodes de restrictions budgétaires, de réduire l'entretien et de laisser les édifices se dégrader ... pour mieux rebâtir ! Le tout en payant d'énormes frais de location et de relocalisation en attendant des nouvelles constructions ou des rénovations majeures. Ce type de gestion nous apparaît comme un gaspillage des fonds publics.

Toujours au chapitre de la mise en réseau, nous nous questionnons sur le rôle des régies régionales. Il s'agit d'un palier coûteux dont le rôle, mis à part la direction de la santé publique et les services spécialisés, ne nous semble pas évident. Le moins qu'on puisse en dire est que les régies régionales ne remplissent pas leur rôle originel et qu'elles n'ont pas toutes la même efficacité.

Enfin, à l'instar du Conseil régional de développement de l'île de Montréal (CRDÎM) qui présente également un mémoire devant cette commission, nous vous invitons à considérer que « la régionalisation ne peut avoir ici, dans la région de Montréal, le même sens qu'elle a ailleurs au Québec où souvent les limites administratives correspondent davantage à des bassins naturels de dessertes des services de santé et des services sociaux ».

L'organisation du travail

Nous terminerons ce mémoire en abordant le thème de l'organisation du travail sous l'angle suivant : « le bon personnel au bon endroit ». En effet, nous croyons qu'au fil du temps, une sur-spécialisation des soins et des chasses-gardées se sont installées au sein des établissements, au détriment de la logique et des besoins du système. Nous pensons aux médecins qui délèguent peu aux infirmières, bien sûr. Mais nous pensons aussi aux infirmières qui, contrairement à ce qui se passe dans le Grand Nord québécois, ne délèguent que la moitié des actes qu'elles ont le droit de déléguer. Par ailleurs, nous voulons insister sur le fait que la qualité des soins et du bien-être passe aussi en bonne

partie par l'augmentation du nombre de minutes que les préposés consacrent aux patients dans les soins de base.

Nous croyons qu'il est important que les tâches de chaque catégorie de personnel soient bien définies permettant alors de développer un véritable travail d'équipe qui tienne compte des forces de toutes les catégories de personnel tout en réduisant au possible le « snobisme » que les différentes catégories de personnel développent les unes face aux autres et en réduisant les coûts. Car il n'y a pas avantage à payer un médecin spécialiste pour faire le travail d'un médecin généraliste pas plus qu'il y a avantage à payer une infirmière pour faire un travail pour lequel une infirmière auxiliaire a les compétences.

Conclusion

Nous n'avons pas répondu à toutes les questions de la ministre, certes. Nous avons voulu mettre l'accent sur certains des aspects qui nous préoccupent le plus afin de répondre aux problèmes d'accès aux soins de santé et de services sociaux de qualité pour l'ensemble de la population tout en améliorant le cadre de vie et de travail dans les établissements du réseau dans notre région.

Notre propos se résume aux trois grands éléments suivants :

- La nécessité d'un réinvestissement majeur de ressources humaines et financières dans l'ensemble du réseau;
- La conservation du caractère complètement public du réseau de la santé et des services sociaux;
- Le développement d'un réseau intégré identifiant les CLSC comme porte d'entrée et revoyant l'organisation du travail de l'ensemble des personnels.

Nous vous remercions de votre attention.