



**L'implantation d'une démarche d'organisation locale du travail
comme source de
financement du Réseau public de santé et de services sociaux**

Mémoire de la
Fédération des professionnelles
FP-CSN

Présenté au
Groupe de travail sur le financement du système de santé

Octobre 2007



**L'implantation d'une démarche d'organisation
locale du travail
comme source de financement du
Réseau public de santé et de services sociaux**

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	3
I. L'impact de l'absentéisme sur les coûts de financement du Réseau public de santé et de services sociaux.....	4
II. Les travaux des différents comités de planification de la main- d'œuvre mis sur pied par le MSSS.....	9
III. Résumé d'une recherche pour la prévention des problèmes de santé mentale au travail.....	12
IV. Le bilan de la gestion du MSSS.....	13
V. L'organisation du travail comme solution novatrice mise en place par certaines organisations syndicales dont la FP-CSN.....	14
VI. L'implication du privé : l'exemple de la réadaptation.....	16
VII. Relance syndicale comme perspective en 2007.....	20
VIII. La mise à contribution des médecines alternatives pour réduire les coûts du système.....	21
Conclusion.....	24
Annexe 1 - Article 33.....	26

Introduction

La Fédération des professionnelles-CSN représente, sur une base professionnelle, plus de 8 000 techniciennes, techniciens et professionnelles¹ regroupés dans une quarantaine de syndicats. Bien que la majorité de ces membres proviennent du réseau public de santé et de services sociaux, la fédération est présente dans d'autres secteurs comme l'éducation, l'aide juridique et le communautaire. En outre, nous représentons dans le secteur privé le Syndicat professionnel des homéopathes du Québec.

Depuis 1964, la FP représente des techniciennes, techniciens et professionnelles qui sont préoccupés bien sûr par l'amélioration de leurs conditions de travail et de leur qualité de vie au travail. Ils sont cependant également soucieux de l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des services qu'ils offrent à la population. Ainsi, notre fédération a participé, seule ou avec la CSN, de façon constante aux diverses consultations initiées par les ministères ou par les organismes, telle l'Office des professions, qui visent à améliorer le système professionnel.

Quoique modeste en proportion de l'ampleur du terrain que votre groupe de travail doit couvrir, nous pensons être un acteur privilégié pour informer un groupe de travail comme le vôtre de la contribution que peuvent apporter des organisations syndicales, particulièrement celles qui représentent des techniciennes, techniciens et professionnelles sur l'amélioration du financement du Réseau public de santé et de services sociaux.

Nous sommes convaincus que le recours au secteur privé n'est pas une panacée pour améliorer la qualité des services et réduire leurs coûts. Nous voulons démontrer qu'il y a de la place pour améliorer les services donnés par le Réseau public de santé et de services sociaux, que les syndicats sont des partenaires essentiels pour atteindre cet objectif, qu'en utilisant une démarche locale d'organisation du travail, on peut à la fois améliorer la qualité des services, améliorer la qualité de vie au travail et réduire la dépense annuelle récurrente de 250 millions de dollars.

Nous voulons briser le mythe selon lequel les syndicats sont un frein au changement. Nous voulons inscrire notre organisation syndicale comme partenaire à l'innovation.

En se basant sur la documentation de groupes de travail mis en place par le MSSS et d'organismes paragouvernementaux, la Fédération des professionnelles veut alimenter les travaux du groupe de travail sur le financement de la santé et des services sociaux sur cinq points :

- Nous démontrerons que les coûts d'absentéisme, en perpétuelle croissance (en particulier à cause de l'augmentation des problèmes de santé psychologique liés au travail) représentent plus d'un milliard et demi de dollars pour la durée de la présente convention collective.

¹ Professionnelle est un néologisme créé par la Fédération des professionnelles-CSN après consultation de Céline Labrosse, linguiste. Ce néologisme inclut les hommes et les femmes

- Nous signalerons que les différents groupes de travail mis en place par le MSSS ont tous indiqué au cours des six dernières années que la gestion du Réseau public de santé et services sociaux est déficiente et qu'il est urgent de revoir localement l'organisation du travail.
- Nous indiquerons pourquoi nous privilégions l'instauration de processus d'innovation dans le secteur public.
- Nous présenterons les démarches syndicales initiées et conventionnées par notre organisation qui ont été ignorées tant par les directions locales que par le MSSS.
- Nous démontrerons, en nous servant des services de réadaptation physique comme exemple, que le secteur privé n'est pas une solution à envisager.
- Finalement nous présenterons quelques éléments qui militent en faveur de la promotion de l'utilisation et de l'intégration des médecines alternatives au Réseau de santé et de services sociaux publics comme source de réduction des coûts globaux de la santé et des services sociaux au Québec.

I. L'impact de l'absentéisme sur les coûts de financement du Réseau public de santé et de services sociaux

« Les ressources humaines constituent la ressource première du réseau de la santé et des services sociaux. Il est donc important de veiller à ce que ces personnes puissent bénéficier de conditions de travail leur permettant d'exercer leurs activités professionnelles dans un climat positif. Face au besoin criant de ressources humaines et au constat de l'augmentation des dépenses en assurance salaire, le Ministère se doit d'agir avec célérité »²

C'est ainsi que débutait le rapport du comité provincial d'assurance-salaire « Plan d'action du MSSS à l'égard de la gestion de la présence au travail 2001-2004 ».

Le groupe de travail poursuit :

« En effet, en prenant pour exemple l'année 1998 pour le régime d'assurance salaire, c'est plus de 7 600 personnes salariées en équivalent à temps complet dont est privé le réseau de la santé et des services sociaux. Pour les trois régimes d'indemnisation de l'absence au travail, c'est de plus de 10 500 personnes salariées en équivalent à temps complet qu'il est question.

La démarche proposée s'inscrit dans un continuum d'activités, lesquelles visent non seulement à contrer le phénomène de l'absence au travail, mais également à améliorer le climat et les conditions de travail du personnel du réseau. Nous sommes convaincus qu'elle permettra, en plus d'une

² Plan d'action du MSSS à l'égard de la gestion de la présence au travail, Rapport du comité provincial d'assurance salaire, novembre 2001

amélioration à court et moyen terme de la situation en assurance salaire, d'améliorer également la disponibilité de ressources expérimentées et compétentes afin de dispenser à la population des services de qualité.³

Alerté par une augmentation des coûts en assurance salaire, le ministère de la Santé et des Services sociaux a convié ses partenaires, les associations d'employeurs, les régies régionales et les gestionnaires d'établissements, à mettre en place un comité de travail dont le mandat était de convenir et de mettre en oeuvre un plan d'action permettant d'améliorer l'efficience et l'efficacité collective dans ce domaine de gestion et d'en assurer le suivi. »

Voici quelques-uns des constats du comité de travail :

- « ♦ L'augmentation du ratio d'assurance salaire est réelle et constante depuis plusieurs années;
- ♦ Environ 10 500 employés en équivalent à temps complet sont absents annuellement en fonction de l'un ou l'autre des régimes, ce qui représente 7,5 % des effectifs à temps complet du réseau;
- ♦ Les coûts directs des régimes d'indemnisation se situent à plus de 330 millions de dollars annuellement.

Un indicateur normalisé du ratio d'assurance salaire a été mis au point afin d'identifier les établissements, régions ou sous-régions qui présentent les écarts les plus importants avec les résultats attendus.

De cet exercice, il ressort que :

- ♦ La situation se dégrade dans toutes les régions du Québec;»

À partir des recommandations du comité provincial, le Ministère a élaboré son plan d'action triennal visant à réduire le niveau des invalidités.

Ce plan comportait cinq volets :

1. Priorité accordée à la gestion de la présence au travail au sein du Ministère, des régies régionales et des établissements;
2. Mise au point d'indicateurs de gestion uniformes pour le réseau;
3. **Organisation du travail**;
4. Gestion médico-administrative;
5. Prévention et promotion de la santé, incluant des actions spécifiques en santé mentale.

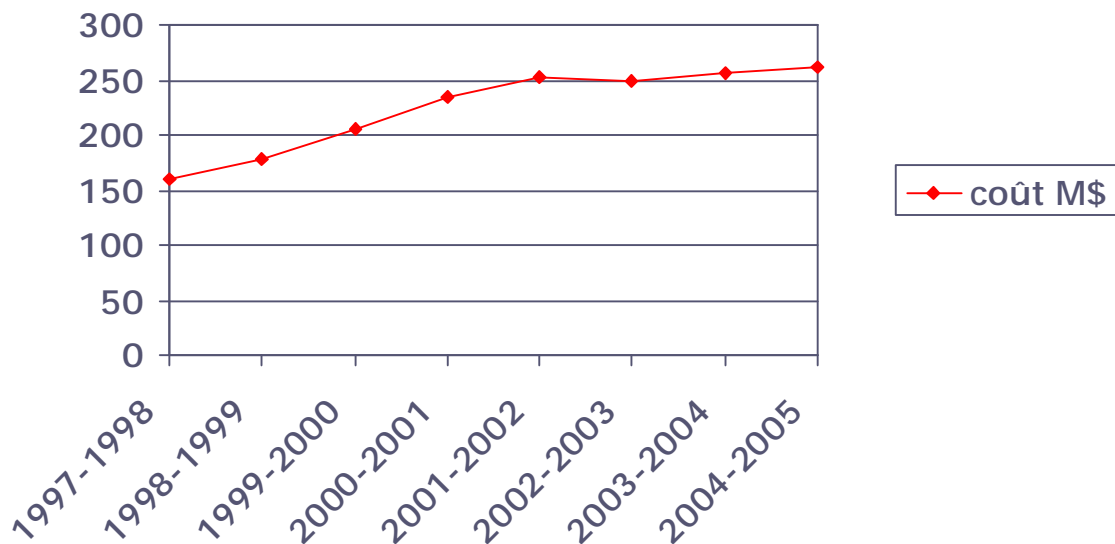
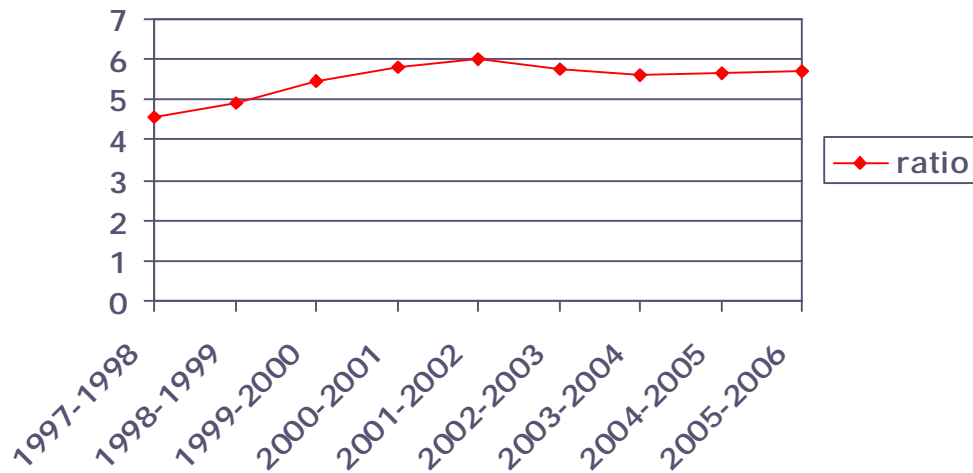
Le Ministère a fait sien l'objectif proposé par le comité de travail, à savoir de mettre en oeuvre un plan d'action visant à ramener sur trois ans le ratio provincial d'assurance salaire à celui de l'année 1998-1999, soit une réduction d'environ 17 %.

³ Le souligné est de nous

Qu'est-il arrivé à ce plan d'action au cours des années subséquentes? Le MSSS rend disponible chaque année une mise à jour des données statistiques concernant l'assurance salaire. Nous sommes donc à même de voir en compilant la dernière mise à jour disponible que le plan d'action du MSSS de 2001 n'a pas permis d'atteindre les objectifs proposés.

Données statistiques d'assurance salaire du MSSS

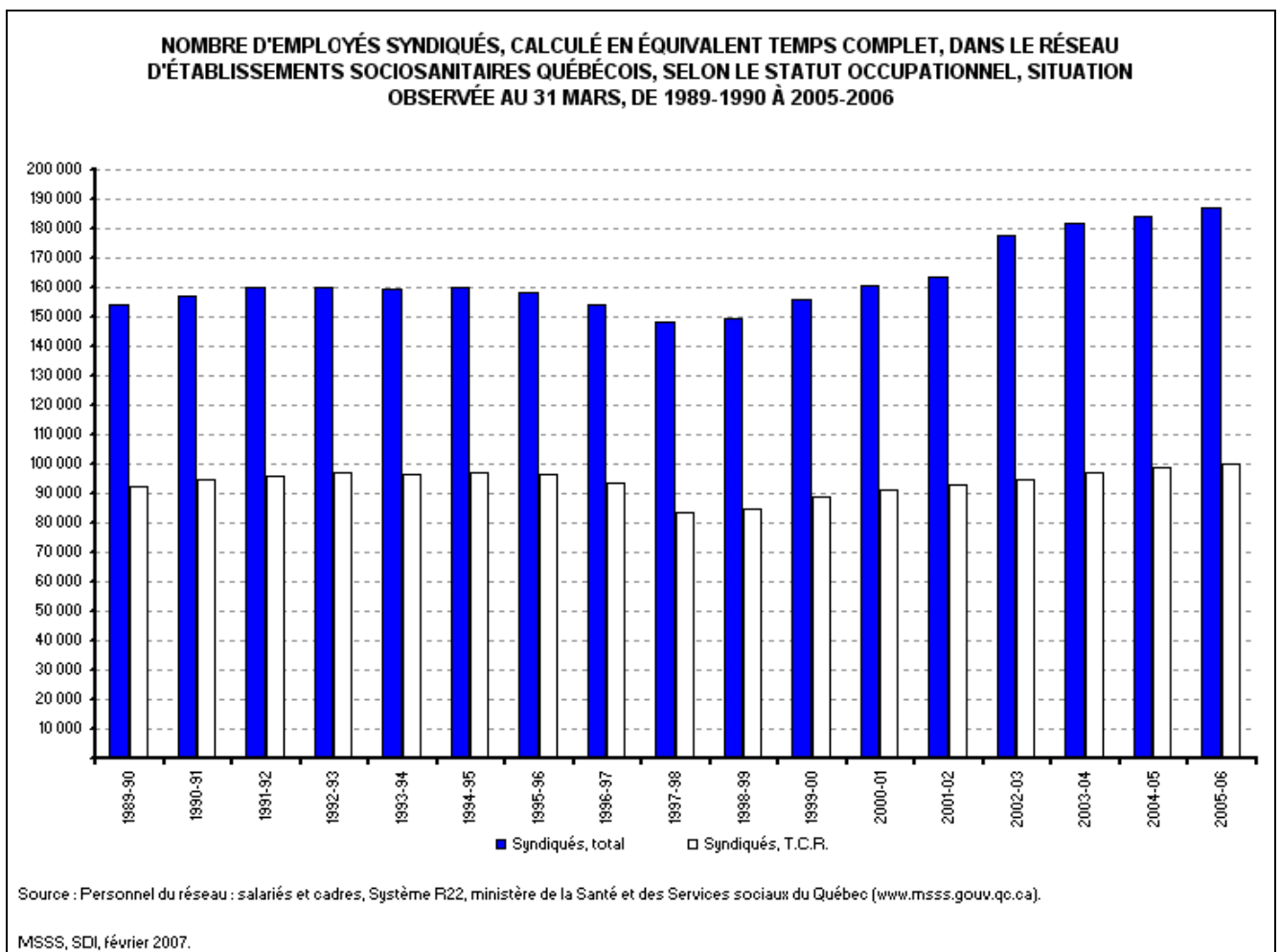
	Nombre d'heures en assurance-salaire (M)	Nombre d'heures travaillées (M)	Ratio heures assurance-salaire/heures travaillées	Coût de l'assurance-salaire (M\$)
1996-1997	11.9	250.2	4.74	169.8
1997-1998	22.0	243.0	4.55	160.7
1998-1999	12.0	244.2	4.91	177.4
1999-2000	13.8	252.7	5.45	205.0
2000-2001	15.0	258.2	5.79	234.0
2001-2002	15.9	262.8	6.03	253.6
2002-2003	15.3	266.7	5.75	249.2
2003-2004	15.3	272.1	5.60	255.5
2004-2005	15.7	275.5	5.68	261.9
2005-2006	16.0	279.0	5.73	



Ainsi, malgré les recommandations du MSSS aux établissements, au cours des quatre dernières années, c'est plus d'un milliard de l'argent affecté aux établissements de santé qui est allé en assurance salaire en coûts directs. Nous ne pouvons estimer précisément les coûts indirects de remplacement de la main-d'œuvre. Vous comprendrez cependant que dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre affectant plusieurs titres d'emploi de techniciennes, techniciens et professionnelles, ces coûts indirects sont importants. L'expérience terrain nous indique que les établissements semblent avoir davantage mis l'accent sur la gestion médico-administrative, dans une volonté d'améliorer le suivi des invalidités et de favoriser des retours au travail plus rapides. Les salariés se plaignent de cet acharnement de la part des services de santé qu'ils qualifient souvent de harcèlement.

Il est également révélateur de voir l'impact de l'absentéisme sur l'augmentation du temps de travail effectué par du personnel n'occupant pas de poste à temps complet régulier (TCR):

Nombre d'employés syndiqués, 1989-1990 à 2005-2006 (graphique)



Dernière mise à jour : 2007/02/18

II. Les travaux des différents comités de planification de la main-d'œuvre mis sur pied par le MSSS

Afin de tenter de résorber les pénuries de personnel (particulièrement criantes auprès des techniciennes, techniciens et professionnelles) et de favoriser la rétention de ce personnel, le MSSS a mis sur pied à partir de l'an 2000 une série de groupes de travail sur la planification de la main-d'œuvre. Depuis 2002 jusqu'à tout récemment, ces groupes de travail ont remis leurs rapports et des plans d'action au MSSS. Nous vous invitons à en prendre connaissance.

Bien que l'ensemble de ces groupes de travail soient composés de personnes provenant de secteurs et de titres d'emploi différents, on peut dégager un certain nombre de similitudes à la lecture de leurs rapports.

Ils partagent l'avis du comité provincial d'assurance salaire mentionné plus haut :

« Il est important de rappeler que le réseau de la santé et des services sociaux est avant tout un réseau de femmes et d'hommes. Le grand défi au niveau de la gestion de telles organisations de services est de soutenir et mobiliser les personnes qui ont la responsabilité quotidienne de fournir les soins et les services à la population. C'est se soucier de créer des milieux de travail propices à leur épanouissement, sains, sécuritaires et exempts de violence et de harcèlement. C'est également se soucier de l'importance de maintenir au travail ces ressources humaines et leurs compétences pour ainsi s'assurer d'une qualité et d'une continuité des soins et services. »⁴

Permettez-nous de vous citer quelques extraits éloquentes de ces documents :

« L'ADAPTATION DU MILIEU DE TRAVAIL ET L'ORGANISATION DU TRAVAIL

Pour répondre aux besoins grandissants de la population, on doit également miser sur la capacité de retenir la main-d'œuvre et sur la révision de l'organisation du travail. Au cours des dernières années, plusieurs facteurs ont eu des répercussions négatives sur la main-d'œuvre. Mentionnons d'abord le fardeau des tâches et les pressions de la part d'une population de plus en plus exigeante alors que les ressources pour offrir les services demeurent limitées. Puis les remplacements à la hausse liés surtout aux congés de maternité et aux congés parentaux fréquents dans les professions qui comptent une forte proportion de femmes. Ces remplacements sont également le fait d'un recours accru à l'assurance salaire.

Les remplacements ne peuvent cependant pas toujours être comblés en raison soit de la pénurie de main-d'œuvre, soit des contraintes budgétaires, accentuant de ce fait le fardeau des tâches de ceux qui restent et les risques d'épuisement professionnel. Et lorsqu'ils sont comblés, ces remplacements sont le plus souvent effectués par du personnel à temps partiel occasionnel. »⁵

⁴ Plan d'action du MSSS à l'égard de la gestion de la présence au travail, Rapport du comité provincial d'assurance salaire, novembre 2001

⁵ Planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la réadaptation physique, juillet 2002

« Le recours au personnel occasionnel (31,6 % dans le cas des diététistes et 28,5 % dans le cas des techniciennes en diététique) est attribuable au remplacement du personnel régulier pendant les congés de diverses natures et à la taille des équipes de travail. Il y a un lien entre l'absentéisme et le recours au personnel occasionnel, de même qu'il y a sans doute un lien entre la surcharge de travail et l'absentéisme. La présence de personnel en nombre suffisant pour répondre aux besoins serait de nature à réduire l'absentéisme et, par extension, le recours au personnel occasionnel.

Dans un contexte de pénurie éventuelle d'effectifs, la création de postes réguliers à temps plein et à temps partiel peut constituer une avenue de solution quand on veut augmenter la disponibilité de la main-d'oeuvre et, par conséquent, réduire la précarité des emplois et augmenter leur attractivité.»⁶

ORGANISATION DU TRAVAIL

« Dans le but de réduire les répercussions de la pénurie de main-d'oeuvre, dans un contexte où la contrainte des ressources disponibles persistera vraisemblablement quelques années encore, l'établissement peut :

- adopter des modèles d'organisation des soins qui tiennent compte davantage des ressources humaines disponibles, en mettant à profit l'expertise et les compétences d'autres catégories de personnel ;*
- réviser la distribution des tâches en conséquence ;*
- revoir l'aménagement des lieux de travail, les outils de travail, la structure des postes, les horaires de travail, etc. »⁷*

« L'organisation du travail dans le secteur de la nutrition n'est pas jugée optimale. Elle devrait être revue de manière à ce que le plein potentiel des ressources humaines soit utilisé de façon plus efficiente selon les compétences respectives des techniciennes en diététique et des diététistes.

Par ailleurs, la tendance observée depuis plusieurs années et celle que confirme la projection des besoins de main-d'oeuvre est à la professionnalisation des effectifs dans le secteur, c'est-à-dire que le nombre de diététistes est appelé à augmenter plus rapidement que celui des techniciennes en diététique.

Le groupe de travail invite les établissements de santé à revoir l'organisation du travail en collaboration avec les agences de santé et de services sociaux et les syndicats dans la perspective de favoriser une utilisation optimale des compétences spécifiques des diététistes et des techniciennes en diététique.

De plus, afin de favoriser un partage harmonieux des fonctions et tâches des diététistes et des techniciennes en diététique dans le champ de la nutrition clinique, le groupe de travail recommande à l'Office des professions du Québec d'étudier l'opportunité de doter les techniciennes en diététique d'un encadrement professionnel. »⁸

« Afin de disposer d'une main-d'oeuvre suffisante pour répondre aux besoins croissants de la population, on devra également travailler à améliorer la rétention de la main-d'oeuvre.

⁶ Planification de la main-d'oeuvre dans le secteur de la nutrition, 2001

⁷ Idem, ⁷ Planification de la main-d'oeuvre dans le secteur de la réadaptation physique, juillet 2002

⁸ Idem, Planification de la main-d'oeuvre dans le secteur de la nutrition, 2001

La diminution de la précarité d'emploi, particulièrement importante chez certains groupes comme les inhalothérapeutes, pourrait permettre une plus grande stabilité des équipes de travail et favoriser en conséquence la rétention.

La nécessité de revoir l'organisation des services et du travail afin d'optimiser les compétences spécifiques des intervenants est un autre élément à considérer pour disposer d'une main-d'oeuvre suffisante, notamment dans le secteur de l'électrophysiologie médicale où les tâches sont présentement effectuées par une multitude d'intervenants.

L'amélioration de la qualité du milieu de travail est également un élément incontournable pour retenir la main-d'oeuvre. La difficulté d'effectuer les remplacements, la lourdeur de la tâche, les contraintes budgétaires sont tous des facteurs qui favorisent l'épuisement professionnel et contribuent par conséquent à l'augmentation du nombre de personnes sous l'assurance salaire.

La formation continue visant le maintien et l'amélioration des compétences devra également être une préoccupation constante des établissements. »⁹

Évidemment tous les groupes indiquent qu'une amélioration des conditions de travail dans le Réseau public améliorerait la capacité de retenir les personnes dans le Réseau et d'attirer les personnes arrivant sur le marché du travail québécois.

Le quotidien *Le Devoir* faisait, le samedi 14 octobre dernier, état de la problématique liée à la pénurie de main-d'oeuvre dans plusieurs titres d'emploi, une pénurie qui n'est pas exclusive au Réseau public :

« Ainsi, plusieurs professions réglementées sont touchées par le phénomène de la pénurie de main-d'oeuvre. Le CIQ a recensé que 34 professions sur 51 seraient en situation de pénurie. Vingt-trois de ces professions sont liées au secteurs de la santé et des relations humaines. Dans ce secteur, le porte-parole du CIQ, Jean-François Thuot, a tenu à décliner quelques chiffres au titre de la pénurie d'effectifs professionnels appréhendées au cours de la prochaine décennie, soit 63 000 infirmières et 19 000 infirmières auxiliaires, 6300 pharmaciens, 5200 travailleurs sociaux, 3400 psychothérapeutes, 3292 ergothérapeutes, 3200 technologistes médicaux, 3047 psychologues, 2000 inhalothérapeutes, 1377 orthophonistes, 820 psychoéducateurs, 227 diététistes et 219 audiologistes, entre autres. « Inutile de vous dire que, à l'heure actuelle et selon la tendance qui se dessine, on ne parviendra pas à recruter tout ce monde-là », note M. Thuot. »(cf annexe)

Nous reviendrons plus loin, plus spécifiquement sur les transferts de personnel dans le secteur privé...

⁹ Planification de la main-d'oeuvre dans le secteur technicien des domaines de la médecine et des laboratoires, mars 2003

III. Résumé d'une recherche pour la prévention des problèmes de santé mentale au travail.¹⁰

Le rapport (août 2007) de la Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail de l'Université Laval, sur une **Démarche stratégique de prévention des problèmes de santé mentale au travail**, est l'une des recherches les plus récentes à appuyer nos dires à l'effet qu'il existe un lien entre les invalidités causées par le stress au travail et l'organisation du travail. Cette recherche a évalué la mise en place d'interventions organisationnelles en prévention du stress. Les objectifs poursuivis étaient de documenter et d'améliorer les démarches de prévention des problèmes de santé mentale au travail, d'évaluer l'efficacité des interventions afin de réduire l'exposition aux sources de stress et d'améliorer la santé psychologique. Cette recherche s'est faite dans trois types d'établissements, dont un centre hospitalier.

Il en ressort des données intéressantes sur les absences en courte et en longue invalidité, sur les principaux facteurs de risque portant atteinte à la santé mentale ainsi que sur les stratégies pouvant être mises en œuvre. Les absences en courte et en longue invalidité associées aux problèmes de santé mentale représentent un tiers des demandes d'indemnisation et 70% du coût total (Sroujian, 2003). Le stress au travail est tributaire, entre autres, d'une faible satisfaction au travail.

Les principaux facteurs de risque portant atteinte à la santé mentale sont la surcharge quantitative, le peu de reconnaissance de l'entourage, les pauvres relations avec le supérieur ainsi que la faible participation aux décisions et le manque de circulation de l'information. Le manque de reconnaissance est considéré comme une problématique prioritaire. Les chercheurs citent également **plusieurs études qui démontrent de manière convaincante que des changements dans l'organisation du travail peuvent affecter la santé du personnel. Parmi ces études concernant les caractéristiques des tâches, l'utilisation des compétences ainsi qu'un degré de contrôle élevé ont un impact positif sur la santé mentale, la satisfaction au travail et l'absentéisme.**

Ces chercheurs font ressortir l'importance de la participation des employés dans la transformation du travail, en rappelant que cette participation ne doit pas se limiter à la mise en place des actions, il en est de même pour l'implication des syndicats.

Les résultats de la recherche illustrent un impact positif des interventions réalisées. Spécifiquement, le risque pour la santé au travail attribuable à la faible reconnaissance, à la surcharge quantitative, au conflit de rôle, à la faible participation aux décisions et aux pauvres relations (*i.e.* supérieur, collègues, personnel) a été réduit de façon

¹⁰ Brun, Biron et Ivers de la Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail, Université Laval. Démarche stratégique de prévention des problèmes de santé mentale au travail financée par l'IRSST, août 2007.

importante suite aux interventions. Concernant le bilan du centre hospitalier, ils ont observé des changements positifs sur les indicateurs de satisfaction au travail (39,5% VS 46,2%), d'épuisement professionnel (37,9% VS 30,3%) et de détresse (68,3% VS 37,8%). Les chercheurs concluent que l'intervention sur l'organisation du travail pour réduire le stress au travail est de plus en plus considérée comme efficace. Ils notent également l'importance et l'effet durable de faire de la prévention primaire.

IV. Le bilan de la gestion du MSSS

Durant la période 2002-2005, au cours de laquelle les différents groupes de travail ont été mis en place par le Ministère, comment a réagi le Ministère lui-même et quelles indications a-t-il transmises aux gestionnaires des établissements? Dans son dernier rapport annuel de gestion qui nous est accessible, celui de 2004-2005, le MSSS fait un bilan de la situation quant à la gestion de la présence au travail :

« *OBJECTIF : Améliorer la gestion de la présence au travail en réduisant à 5,31 % le ratio du nombre d'heures en assurance salaire sur le nombre d'heures travaillées.*

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat 2003-2004</i>	<i>Cible 2004-2005</i>	<i>Résultat 2004-2005</i>	<i>Résultat révisé subséquentement 2004-2005¹¹</i>
<i>Ratio du nombre d'heures en assurance salaire sur le nombre d'heures travaillées au total</i>	5,58 %	5,31 %	5,64 %	5,68 %

COMMENTAIRES

Pour faire face à une augmentation des heures payées en assurance salaire, un plan d'action ministériel sur la gestion de la présence au travail a été mis en oeuvre en décembre 2001. Ce plan vise à améliorer le ratio de l'assurance salaire, mais également et surtout d'augmenter la disponibilité de la main-d'oeuvre. L'un des objectifs quantifiables de ce plan d'action est de ramener, sur une période de trois ans, le ratio de l'assurance salaire au niveau observé en 1998-1999. Les plans d'action régionaux et locaux qui en découlent sont mis en application depuis l'exercice 2002-2003 et s'articulent avec le plan d'action ministériel.

Ce résultat de 5,64 % représente une augmentation de 1,1 % par rapport au ratio de 5,58 % obtenu en 2003-2004. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette hausse, notamment les changements majeurs liés à l'application de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux qui a donné lieu à la création des CSSS. Toutefois, il est difficile de confirmer ou d'infirmier l'une ou l'autre des hypothèses qui pourraient être proposées.

¹¹ Ce résultat révisé provient des mises à jour subséquentes produites par le MSSS

Le ratio de l'assurance salaire ciblé pour l'année 2005-2006 a été établi à 5,21 %, soit une diminution de 7,6 %. Afin d'atteindre les objectifs fixés, le Ministère poursuivra, de concert avec l'ensemble des partenaires du réseau que sont les agences, les établissements et les syndicats, la mise en oeuvre des activités prévues dans le plan d'action et il intensifiera particulièrement les actions visant le maintien du lien d'emploi et le prompt retour au travail, et ce, dans le cadre du déploiement du plan d'action ministériel. »

Le MSSS confirme ainsi que parmi les cinq volets que comportait le plan d'action à l'égard de la gestion de la présence au travail, « *il intensifiera particulièrement les actions visant le maintien du lien d'emploi et le prompt retour au travail*», démontrant qu'il ne priorise pas les volets de prévention, promotion et d'organisation du travail. Il demeure donc imperméable aux recommandations de l'ensemble des groupes de travail qu'il a mis en place.

V. L'organisation du travail comme solution novatrice mise en place par certaines organisations syndicales dont la FP-CSN

Ces différentes conclusions rejoignent notre assertion selon laquelle nous devons donner une chance aux démarches paritaires (employeurs/syndicats) d'organisation du travail de faire leurs preuves. C'est-à-dire qu'elles démontrent que ces démarches améliorent la prestation des services publics à la population, tout en diminuant les coûts élevés de l'assurance salaire, et favorisant du même coup la rétention des personnels en pénurie.

Dès le milieu des années 90, les techniciennes, techniciens et professionnelles que nous représentons nous ont interpellés comme agent négociateur afin de mettre un peu d'oxygène dans la convention collective par toutes sortes de mesures leur permettant de « changer de chaise », de changer le mal de place, de souffler un peu. Nous avons tant bien que mal négocié un certain nombre de ces mesures leur permettant sur une base individuelle de souffler un peu.

Nous avons également profité des mandats obtenus durant cette période pour négocier des mesures collectives permettant de modifier l'organisation du travail au niveau local afin d'améliorer la qualité des services en conjonction avec la qualité de vie au travail. À la demande de la FP-CSN, une lettre d'entente a été introduite dans la convention collective pour permettre la création dans tous les établissements de comités locaux de relations de travail, où l'on privilégie la prise de décision sur le mode du consensus

En septembre 2001, au moment même où le MSSS mettait de l'avant son plan d'action à l'égard de la gestion de la présence au travail qui préconisait entre autres des actions sur l'organisation du travail, l'amélioration du climat et des conditions de travail, l'ensemble des syndicats affiliés à la fédération, soucieux de créer des milieux propices à l'épanouissement des salariés qu'ils représentent, ont interpellé simultanément toutes les directions des établissements du réseau public de santé et de services sociaux québécois afin d'amorcer localement une démarche d'organisation du travail. Cette

démarche aurait pu être considérée comme une réponse à l'appel du Ministre. Ce ne fut pas le cas, très peu d'établissements ont donné suite et ceux qui ont accepté, l'ont fait sans même lui accorder tout son sens dans l'application. La plupart ont continué de voir l'organisation du travail comme étant du ressort du droit de gérance.

Par la suite, la Loi 25 vint réformer le Réseau public de la santé et des services sociaux par la fusion d'établissements pour créer les quatre-vingt-quinze (95) Centres de santé et services sociaux (CSSS) les rendant imputables des services offerts à la population sur un territoire donné, la réorganisation des services y est majeure.

Au printemps 2005, nous interpellions donc l'actuel ministre de la Santé et des Services sociaux l'invitant à inciter l'ensemble des directions d'établissements à utiliser pleinement notre lettre d'entente sur l'organisation du travail afin d'améliorer la qualité et l'efficacité des services à la population qu'ils ont à desservir, tout en améliorant la qualité de vie au travail. Notre appel est demeuré sans réponse et n'a toujours pas trouvé d'écho au niveau local. La situation demeure inchangée. Les relations de travail se détériorent au rythme de la dépersonnalisation des milieux de travail et les syndicats sont à nouveau écartés de la réorganisation des services. Une fois de plus, comme c'est le cas depuis plusieurs années, les techniciennes, techniciens et professionnelles sont de moins en moins écoutés et se voient imposer de nouvelles façons de faire, parfois même incohérentes, avec une logique clinique des services. Ils deviennent des exécutants d'une réforme que les établissements doivent mettre en place; l'autonomie professionnelle est une terminologie qui fait peur et peut mener à des mesures disciplinaires dans certains cas. On assiste à une démotivation toujours grandissante chez ces travailleurs qui cherchent les occasions de sortir de ce réseau pour être enfin reconnus pour leur expertise. Tout ceci est pourtant bien contradictoire avec le discours du MSSS, surtout au moment où l'on parle tant de pénurie de main-d'œuvre.

Dans l'entente que notre fédération a négociée dans la nuit précédant l'odieux décret de décembre 2005, la FP a consolidé les dispositions conventionnées en réaffirmant l'importance de convenir localement de l'organisation du travail, en mettant en place un comité local de relation de travail qui fait maintenant partie intégrante de la convention collective. Depuis, avec l'expérience de la négociation locale, nous ne constatons encore qu'une timide intention de reconnaître l'apport des syndicats dans l'organisation du travail. Certains ont même exprimé qu'ils considéraient de mauvais augure cette nouvelle disposition.

L'actuel ministre de la Santé et des Services sociaux affirme pourtant régulièrement dans les médias qu'il est nécessaire de revoir l'organisation du travail. Il vient encore de le faire récemment dans le dossier des soins infirmiers. Nous ne pouvons que constater un écart considérable entre le discours du ministre et la pratique sur le terrain.

Nous avons dernièrement répondu à l'invitation de certaines Agences de la santé et des services sociaux pour discuter des solutions à la pénurie grandissante de main-d'œuvre. On nous a imposé un statut d'observateurs avec la promesse que nous aurions une autre occasion d'aborder le thème de l'organisation du travail comme une piste de solution à court terme. Nous sommes toujours dans l'attente de cette invitation.

VI. L'implication du privé : l'exemple de la réadaptation physique

Les soins de réadaptation physique. Est-ce que le privé fait vraiment mieux pour moins cher?

Le secteur des soins de réadaptation physique a été considérablement bouleversé au cours des trente dernières années. On trouve dans les centres de réadaptation une expertise précieuse, multidisciplinaire, que le réseau de la santé et des services sociaux a mis des décennies à développer. Jusqu'au début des années 90, toute la gamme des soins était disponible dans les centres de réadaptation du réseau public. Par la suite s'est installée une médecine à deux, à trois, puis à quatre vitesses. De sorte qu'aujourd'hui, le financement des traitements de physiothérapie et d'ergothérapie se fait par quatre sources différentes pour des vitesses de traitements et des résultats différents :

- le traitement d'une blessure au travail couverte par la CSST;
- le traitement d'une blessure dans un accident d'auto couverte par la SAAQ;
- le traitement d'une blessure portée à une personne assurée;
- le traitement d'une blessure portée à une personne non couverte par les trois situations précédentes.

Au cours des quinze dernières années, on a vu se multiplier les cliniques privées offrant des services de réadaptation qui fournissent les traitements pour les trois premières situations évoquées.

Depuis 1993, l'accès à ces traitements est plus rapide. On parle d'un délai de prise en charge de 7 jours maximum. Ce délai s'applique également aux cas de CSST traités par le public. C'est une condition contractée par la CSST avec tous les établissements privés ou publics. La fréquence de traitements est soutenue. On parle d'un minimum de trois traitements par semaine et d'une moyenne de 42 traitements par travailleur/patient.

En décembre 2002, la CSST a rencontré la CSN pour présenter un état de situation des soins offerts en réadaptation. Selon ses données, c'était 89% des traitements qui étaient donnés en clinique privée. Au Québec, il se donnait en moyenne 45 traitements par travailleur comparativement à 27 traitements en Ontario et à 14 en Alberta. On sait par ailleurs que l'intensité et la durée des traitements alimentent la chronicité en plus d'augmenter les coûts. Au fur et à mesure de l'augmentation des traitements par le secteur privé, le Québec a connu une hausse constante des coûts de physiothérapie qui ont atteint 67 millions \$ par année en 2000, soit plus que toutes les provinces canadiennes réunies, comparativement à 21 millions \$ en Ontario, à 8,6 millions \$ en Alberta et à 14 millions \$ en Colombie-Britannique.

On peut penser que cet état de situation s'applique à l'ensemble des traitements donnés par le secteur privé, autant à ceux qui sont financés par la SAAQ qu'à ceux qui sont financés par les assurances. Ce sont les mêmes professionnels du secteur privé qui donne des traitements similaires que la blessure ait été subie au travail, dans un accident d'auto ou à la maison.

D'un strict point de vue du traitement, les centres de réadaptation du réseau public privilégient l'activation du patient et la prise en charge par une équipe multidisciplinaire, alors que les cliniques privées offrent le plus souvent une vision unidisciplinaire de la réadaptation et ne répondent souvent qu'à des mandats très restreints « choisis à la carte » par les agents payeurs, qu'il s'agisse de la CSST ou de la SAAQ.

Pourtant, de plus en plus, la littérature démontre que la réadaptation implique chez la personne un investissement multidimensionnel d'elle-même. Une réadaptation réussie s'avère la résultante d'une mobilisation biopsychosociale de la personne lésée.

« Contrairement à la croyance populaire, il a été démontré que la gravité d'une blessure physique joue un rôle négligeable dans le développement de la chronicité alors que les facteurs psychosociaux sont de bien meilleurs indices permettant de prédire d'éventuels symptômes de douleur et d'incapacité chronique.¹² »

« L'élément crucial est de sensibiliser le clinicien à l'importance d'établir une bonne relation avec la personne accidentée. Cette relation doit être basée sur une communication ouverte et claire afin qu'il puisse repérer la présence de facteurs psychosociaux pouvant affecter l'adhésion de la personne accidentée au programme ... »¹³

Une personne atteinte d'un déficit physique, que ce soit à la suite d'un accident ou d'une maladie, vit souvent des difficultés à s'adapter, c'est-à-dire apprendre à se réapproprier l'exercice de toutes ses habitudes de vie, adaptées à sa nouvelle condition. Forcément, une telle démarche ne peut se limiter à un simple processus de « guérison » ou au simple traitement d'une pathologie. C'est pourquoi les centres de réadaptation ont développé avec le temps un concept d'intervention multidisciplinaire visant à permettre à la personne de reprendre, de façon adaptée à sa nouvelle condition, tous les rôles familiaux, économiques, sociaux qu'elle exerçait autrefois. Au terme de cette réadaptation, il existe beaucoup plus de chances que la personne se réapproprie tous les champs de son autonomie personnelle, donc, de moins dépendre de divers autres services de support ou de maintien.

Par conséquent, la valeur de la réadaptation ne peut pas simplement se mesurer en coût comptable; elle doit être évaluée dans son ensemble à la capacité du système de réintégrer la personne dans tous ses rôles socioprofessionnels, et ce, dans sa communauté et à travers la reprise de toutes ses habitudes de vie normales. Au delà des coûts directs des traitements de réadaptation, la qualité de ces traitements aura donc un effet direct sur les coûts subséquents à être assumés par le système de santé et la société.

Le transfert massif des dossiers de la CSST, de la SAAQ et des assurances privées vers le secteur privé a eu un impact considérable sur la réduction du personnel dans le secteur public, autant par la référence de ces agents payeurs vers les cliniques privées

¹² La chronicité Problématique biopsychosociale. Extrait du Rapport préliminaire du Comité d'experts sur la Chronicité. Société de l'assurance automobile du Québec 2005.

¹³ La chronicité Problématique biopsychosociale. Extrait du Rapport préliminaire du Comité d'experts sur la Chronicité. Société de l'assurance automobile du Québec 2005.

que par l'exode des professionnels concernés, dont la pénurie est importante, vers un secteur qui leur offre de meilleures conditions de travail et une meilleure reconnaissance de l'expertise. Le réseau public demeure toutefois la porte d'entrée unique pour les citoyens n'ayant aucune couverture d'assurance et ne pouvant s'offrir des traitements dans une clinique privée. Les délais d'attente pour un traitement dans le réseau public sont dans bien des cas devenus inacceptables.

Au cours de l'année 2000, la FP et le SPPASQ, son syndicat représentant des professionnels dans les centres de réadaptation physique se sont interrogés beaucoup sur l'impact d'agents payeurs externes (CSST, SAAQ, assurances privées) pour les dossiers de réadaptation physique dans les établissements publics. Ils ont formé un comité et mandaté MCE Conseils pour effectuer un sondage auprès des professionnels concernés.

Vous trouverez en annexe les rapports qui ont été produits à l'époque. La situation a en partie changé depuis. Il demeure que les conclusions sont tout de même éclairantes sur les impacts de l'arrivée d'agents payeurs et du privé concernant :

- l'impact sur la réduction de la qualité des services tant dans le privé que dans le public(notamment les listes d'attentes);
- l'impact négatif sur la qualité de vie au travail;
- l'augmentation des problèmes d'organisation du travail en ajoutant une compartimentation des services;
- l'accroissement même du financement de ces différents services.

Le rapport du SPPASQ indique que :

« Nos travaux ont clairement démontré une disparité inquiétante quant à l'accessibilité aux services pour la clientèle sans agent payeur. En effet, dans plusieurs milieux, les services offerts aux uns, ne le sont pas aux autres où s'ils le sont, des délais importants d'attente existent entraînant des conséquences parfois désastreuses pour les individus. Pourtant, la réinsertion socioprofessionnelle n'est-elle pas aussi importante et souhaitée tant pour la clientèle provenant de ces organismes tiers (accidentés de la route et du travail) que celle du réseau (accidents survenant à domicile et hors route, par exemple)? »

Parmi les quotidiens qui ont couvert notre sortie publique en 2001 (réf. annexe), on retrouvait les extraits suivants

Dans l'article du Soleil du 12 janvier 2001 titré *Mieux vaut se blesser sur la route* :

« Dans le service où travaillent Louis Gauthier et Francine Gagnon, à l'IRDPO (Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, ex-centre François-Charon), on voit 450 à 500 clients par année. Pour les personnes assurées par la CSST ou la SAAQ (Société d'assurance automobile du Québec), l'attente maximale pour les traitements est d'un mois. Pour les 120 patients « ordinaires » qui souffrent de sclérose en plaque ou qui ont besoin de réadaptation à la suite d'une fracture, l'attente est de... 12 à 14 mois. »

et dans la Presse du 13 janvier 2001 titré *Deux pieds, deux mesures* :

« À l'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec, on souligne qu'on connaît et dénonce cette situation depuis longtemps. « Il est évident que si vous êtes monsieur ou madame Tout-le-Monde qui tombez en bas de l'escalier de la maison ou en bas de votre pommier, vous n'allez peut-être pas être traité de toute urgence, à moins d'être couvert par un régime d'assurances privées ou par un tiers payeur », dit Mariette L. Lanthier, présidente de l'Ordre qui compte 3350 membres.

En septembre, dans son rapport remis à la Commission d'étude sur les services de santé et des services sociaux présidée par Michel Clair, l'Ordre a notamment déploré le fait que la discrimination positive dont bénéficient les clients de la SAAQ et de la CSST ainsi que les longues listes d'attente rendent les services du secteur public inaccessibles pour une bonne partie de la population. »

Nous utilisons l'exemple de la réadaptation pour démontrer l'impact négatif de la venue du privé dans la dispensation de services publics et les dangers de cette venue sur l'universalité des soins:

- La qualité des services est diminuée, notamment et surtout par l'augmentation des listes d'attentes. Les services de réadaptation physique financés par la CSST dans le privé sont les pires au Canada. Les quatre sources de financement distinctes des programmes de réadaptation physique des établissements publics allongent la liste d'attente des interventions « ordinaires » non financées par un programme tiers ou une assurance;
- Les gens qui n'ont pas les moyens de se payer une assurance privée, des traitements en clinique privé et qui ne répondent pas aux critères d'admissibilité des programmes de Soutien à domicile dans les CSSS se retrouvent lésés quand ils se sont blessés en dehors d'un accident de la route ou du travail. Parce qu'ils ne peuvent être catégorisés, ils sont dépendants des longs délais d'attente dans les hôpitaux et dans bien des cas ne reçoivent pas les traitements en temps requis par leur condition médicale, quand ils n'en sont tout simplement pas privés. Même les services remboursés dans le cadre d'une assurance privée ne suffisent pas au traitement requis, en plus d'avoir à payer une franchise, les gens doivent payer pour les traitements supplémentaires. Certains n'ont pas cette capacité financière et doivent cesser leurs traitements avant la fin.
- La qualité de vie au travail est affectée par la compétition malsaine entre les différents programmes et leurs différences de contraintes en terme de délai ou de services.
- L'organisation du travail doit être revue pour tenir compte de la multiplicité des programmes et de la nécessité d'avoir des interventions multidisciplinaires dans une perspective globale et d'activation de la personne.
- Le financement même des différents services devient plus coûteux et moins rentable si on ne prend pas comme objectif premier la guérison, mais des objectifs de dossiers ouverts ou fermés dans des délais prescrits avec une quantité d'actes formels à être rendus...

En terminant, nous avons vérifié la semaine dernière auprès des professionnelles qui donnent ces services, qui nous confirment que les observations faites il y a huit (8) ans sont toujours d'actualité.

À la lumière de cette expérience contemporaine, la participation du secteur privé n'améliore en rien l'accessibilité pour la population à des services de qualité, ce qui n'avantage que les mieux nantis de notre société. On ne peut ainsi parler d'une évolution du système de santé quand on sait que 80% de la population du Québec gagne annuellement 30 000 \$ et moins, bien au contraire.

VII. Relance syndicale comme perspective en 2007

Cet automne nous réitérerons un large appel à tous les employeurs du secteur de la santé et des services sociaux du Québec où nous sommes présents. Nous pensons qu'un engagement mutuel des syndicats et des employeurs, dans l'esprit des dispositions de notre convention collective relatives à l'organisation du travail, permettrait d'atteindre des objectifs que nous poursuivons conjointement :

- l'amélioration de la qualité des services;
- l'amélioration de la qualité de vie au travail;
- la réduction des absences dues à des problèmes de santé psychologique liés au travail;
- une réduction substantielle des dépenses entropiques permettant un réaménagement des ressources pour un meilleur financement des services.

Nous souhaitons que le ministre encourage chacun des employeurs à s'investir dans une telle démarche. Les techniciennes, techniciens et professionnelles ne demandent qu'à être reconnus pour l'expertise qu'ils peuvent apporter au-delà de la prestation directe de services à la population. L'expérience le démontre bien chez les rares employeurs qui ont voulu se prêter au jeu et qui, pour certains, sont allés jusqu'à instaurer des équipes semi-autonomes. Ces établissements ont vu une amélioration dans l'efficacité et l'efficacéité de leurs services, de même que sur le plan de la satisfaction et du plaisir au travail pour les techniciennes, techniciens et professionnelles.

Le recours concret aux dispositions concernant l'organisation du travail comme celles que nous avons négociées pourrait également permettre une utilisation plus efficiente des sommes affectées aux ressources humaines et réduire les dépenses qui atteignent actuellement un milliard et demi de dollars pour la durée de la convention collective, un montant correspondant à celui qui est actuellement dépensé lorsqu'on se cantonne dans une approche médico-administrative.

VII. La mise à contribution des médecines alternatives pour réduire les coûts du système

Depuis la fin des années 80, la FP s'est ouverte aux médecines alternatives en accueillant des professionnelles dont la discipline est reconnue dans de nombreux pays à travers le monde. Au fil des ans, acupuncteurs, homéopathes, ostéopathes et naturopathes se sont regroupés en syndicats en vertu de la loi des syndicats professionnels.

Partageant avec ces groupes, les objectifs de protection du public, de reconnaissance professionnelle et de développement d'une formation universitaire propres à chaque discipline, la fédération a effectué avec eux de nombreuses représentations politiques auprès de l'Office des professions, du ministère de la Justice, responsable du système professionnel, du ministère de l'Éducation et du MSSS.

À l'exception des acupuncteurs, pour lesquels la *Loi sur l'acupuncture* adoptée en 1994 a créé un ordre, les professionnelles des médecines alternatives n'ont reçu à ce jour aucune indication des différentes instances gouvernementales d'une volonté quelconque d'assurer la protection du public, la reconnaissance professionnelle de ces groupes ou le développement d'une formation universitaire.

Alors que le Québec se complaît dans l'attentisme, l'Ontario, notre voisin, vient de modifier la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* afin d'y ajouter quatre « nouvelles » professions, soit la naturopathie, l'homéopathie, la kinésiologie et la psychothérapie. Ce faisant, l'Ontario se joint aux pays qui permettent aux médecines alternatives d'apporter leur contribution à l'amélioration de l'état de santé de leur population, pays parmi lesquels on retrouve notamment l'Angleterre et l'Australie pour ne nommer que ceux-là.

Suite à la diffusion de l'émission *Zone libre* à l'automne dernier sur les ratés des médecines douces qui révélait des cas de soi-disant thérapeutes alternatifs dont la pratique était pour le moins douteuse, la FP a publiquement rappelé l'importance d'encadrer la pratique des médecines alternatives afin de protéger le public contre les charlatans. Elle a également interpellé le ministre de la Santé et des Services sociaux pour l'inviter à mettre en place un comité de travail dans ce sens et l'assurer de notre entière collaboration. Nous sommes toujours dans l'attente d'une rencontre pour en discuter

Nous profitons de l'occasion qui nous est offerte pour sensibiliser le groupe de travail sur l'impact positif que pourrait avoir la reconnaissance de ces professionnelles, ainsi que leur intégration dans le système professionnel et nous osons dire à l'intérieur même du Réseau public de santé et de services sociaux.

Tous sont à même de constater l'impact de plus en plus considérable des coûts des médicaments et de leur prescription sur l'ensemble du système de santé québécois. Une utilisation adéquate de soins prodigués par les professionnelles des médecines alternatives intégrés dans un système public aurait, croyons-nous, un impact bénéfique sur les coûts des médicaments et les coûts totaux du système de santé actuel.

Prenons à titre d'exemple, la consommation élevée des antibiotiques. En plus de s'avérer coûteuse la surutilisation actuelle des antibiotiques devient alarmante puisqu'elle augmente la résistance des bactéries qu'ils veulent combattre. Alors que de plus en plus de voix s'élèvent pour nous mettre en garde relativement à la surutilisation de ce médicament, les familles qui ont recours à un homéopathe savent d'expérience que, notamment, on peut traiter l'otite si fréquente chez les jeunes enfants sans les exposer à des doses répétitives d'antibiotiques. Savamment prescrit, le remède homéopathe, dont le coût est inférieur à 10 \$, agit rapidement et sans effet secondaire. La seule utilisation de granules homéopathiques prodiguées correctement pour soigner les otites d'enfant en milieu scolaire ou en garderie à l'intérieur d'un système intégré de santé public du CSSS, de l'école et de la garderie pourrait permettre de réduire considérablement les coûts tout en réservant l'utilisation des antibiotiques pour les situations où ils sont vraiment nécessaires.

Cet exemple n'en est qu'un parmi d'autres. Pour de nombreux problèmes de santé, les médecines alternatives peuvent offrir des solutions efficaces et peu coûteuses. De plus, la pratique de la médecine alternative étant plus holistique de façon générale que la médecine conventionnelle, elle intègre davantage des notions de prévention et de promotion de la santé qui contribuent à son maintien. Le recours soutenu à ces pratiques aurait d'autant plus d'effet sur la santé de la population, tout en réduisant les coûts du système de santé et de services sociaux en augmentation constante due aux mauvaises pratiques de vie, et aux maladies et au mal-être qui en découlent.

Cependant la pratique de ces disciplines et la formation des thérapeutes doivent être encadrées pour assurer la compétence de celles et ceux qui dispensent ces soins ainsi que la qualité et l'efficacité de ceux-ci. De plus, pour le plus grand bien de la population, ces disciplines doivent s'exercer en complémentarité avec la médecine conventionnelle. C'est à cet exercice d'encadrement légal et d'intégration que nous convions les instances gouvernementales en nous commettant face aux objectifs de qualité, d'efficacité et de complémentarité tout en souscrivant à l'objectif de réduction des coûts.

Dans un contexte de pénurie des personnels qui prodiguent des soins et d'augmentation effrénée des coûts des médicaments, avons-nous les moyens de refuser la contribution de ces approches que l'on désigne dans la littérature comme *médecines alternatives et complémentaires (MAC)* auxquelles des dizaines de pays à travers le monde ont déjà fait une place?

Conclusion

Le Réseau public de la santé et des services sociaux a subi plusieurs transformations au cours des vingt dernières années à plusieurs niveaux:

- un nombre impressionnant de fusions d'établissements;
- un transfert progressif de services vers le privé;
- le virage ambulatoire;
- une modification de son système professionnel;
- une fusion forcée des unités de négociation des établissements.

Ce Réseau mérite en 2007 les nombreuses critiques qu'il s'attire. Sur le plan des ressources humaines, les personnels sont essouffés, démotivés, en épuisement professionnel ou sur le bord de l'être et cherchent tous les moyens possibles de devancer leur retraite. Du point de vue de l'absentéisme, les coûts directs s'élèvent à plus de 250 millions de dollars par année et ceux-ci augmentent invariablement chaque année.

La solution ne consiste certainement pas à tout transférer au privé. Cela ne ferait qu'exacerber les problèmes, qui s'accroîtront dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre. Avec l'exemple des services de réadaptation physique, nous avons démontré que les services privés augmentent les coûts des services en abaissant la qualité des services et allongeant les listes d'attente.

Avec l'augmentation importante des demandes de services de santé au cours des prochaines années par le vieillissement de la population annoncé, conjugué à la prévision d'une pénurie importante de personnel qui affectera plusieurs titres d'emploi de techniciennes, techniciens et professionnelles, l'heure ne doit pas être au défaitisme, ni à succomber à la tentation de jeter le bébé avec l'eau du bain.

Il faut relever les manches, trouver des solutions innovatrices, revoir de fond en comble les modèles de gestion du Réseau, améliorer les partenariats entre les services de ressources humaines et les syndicats en place au niveau local. Le MSSS doit soutenir ces partenaires au niveau local.

Nous avons démontré dans ce court mémoire, qu'en matière de financement, le MSSS peut intervenir sur une variable, dont le coût en économies pourrait atteindre un milliard et demi de dollars sur la durée de la convention collective. En choisissant de le faire, il pourrait réduire ses coûts, tout en améliorant la qualité des services et la qualité de vie au travail.

Des milliers de professionnelles pratiquent les médecines alternatives au Québec en 2007 comme ailleurs dans le monde. Malheureusement, au Québec il n'existe toujours aucun mécanisme pour protéger le public d'un nombre croissant de charlatans. Il est plus que temps que le Québec se mette au diapason de l'Ontario et du reste du monde, qu'il reconnaisse les professions des médecines alternatives, les intègre au sein du système professionnel, favorise l'élaboration d'un programme de formation universitaire adéquat tout en favorisant l'intégration de ces professionnelles dans le Réseau public.

Au delà de sa modeste contribution avec le dépôt du présent document, la Fédération des professionnelles et ses syndicats affiliés sont disponibles pour se mettre au travail le plus rapidement possible tant au niveau local, régional que national.

ARTICLE 33

COMITÉ LOCAL DE RELATIONS DE TRAVAIL

33.01 Énoncé de principe

Compte tenu de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux, de la nécessité pour les organisations de s'adapter rapidement aux changements et de revoir les façons de faire en vue d'améliorer la qualité et l'efficacité des services ainsi que la qualité de vie au travail des personnes salariées, tout en prenant en considération les ressources financières allouées à l'établissement, les parties nationales reconnaissent l'importance de mettre en place un mécanisme privilégié de communication et de coopération, de consultation et de recherche de solutions entre les parties locales.

33.02 Formation d'un comité conjoint

Les parties locales forment un comité de relations de travail dans les quatre-vingt-dix (90) jours de la date d'entrée en vigueur de la convention collective. Cependant, dans le cas où le nombre de personnes salariées dans l'unité d'accréditation est de moins de vingt (20), le comité est formé si les parties locales en conviennent.

Dans sa démarche, le comité doit être préoccupé par la qualité des soins et services, la qualité de vie au travail des personnes salariées ainsi que la protection des emplois.

33.03 Mandat

Le comité doit:

- définir les problématiques et les priorités d'intervention. À titre indicatif, le comité peut aborder des problématiques telles :
 - les moyens d'améliorer la qualité et l'efficacité des services aux usagers;
 - l'organisation des services et la charge de travail;
 - la satisfaction et la valorisation au travail;
 - les questions de nature professionnelle, notamment l'autonomie professionnelle, la coordination professionnelle et le travail en équipe;
 - la dispensation des services hors de l'établissement;
 - les modifications à la pratique professionnelle;
- élaborer et compléter une grille d'analyse afin de répertorier les problèmes du milieu de travail;
- poser un diagnostic global sur les problèmes rencontrés;
- convenir des solutions à être appliquées localement;
- discuter des griefs avant la demande d'arbitrage dans le but d'en faire l'examen et d'y trouver une solution satisfaisante;
- discuter des situations de demande d'accommodement présentées aux parties;
- étudier les plaintes des personnes salariées relatives au fardeau de leurs tâches ou toute question reliée directement au fardeau de leurs tâches.

33.04 Conditions préalables

Afin de réaliser leur mandat, les membres du comité doivent avoir accès à de la formation dont les parties locales conviendront et à toute l'information pertinente pour la compréhension des problèmes et la recherche des solutions.

33.05 Composition du comité

Le comité est composé d'un nombre égal de personnes représentant le syndicat et l'employeur.

Les personnes représentant le syndicat sont libérées selon les dispositions prévues au paragraphe 7.18 de la convention collective.

L'employeur ou le syndicat peut s'adjoindre des personnes-ressources ou une firme extérieure après consentement des deux (2) parties.

33.06 Fonctionnement

Le comité définit ses règles de fonctionnement en privilégiant pour la prise de décision la base du consensus.

Les rencontres du comité, les travaux requis et la formation dont les parties locales auront convenu se tiennent durant les heures de travail.

33.07 Recours en cas de fardeau de tâches

Le comité se réunit à la demande de l'une ou l'autre des parties dans les cinq (5) jours de la réception d'une plainte écrite.

Le comité doit rendre une décision dans les vingt (20) jours de la demande de convocation si celle-ci origine d'une personne salariée et dans les vingt-cinq (25) jours s'il s'agit de la demande de plusieurs personnes salariées. Chaque partie dispose d'une voie pour rendre sa décision.

Une décision unanime est exécutoire. Si, à la suite de la réunion du comité, il n'y a pas décision unanime ou si, par la faute de l'employeur, le comité ne s'est pas réuni dans le délai prévu au premier (1^{er}) alinéa du présent paragraphe, le syndicat peut, dans les quinze (15) jours suivants, demander l'arbitrage par l'envoi d'un avis à l'employeur.

Les parties peuvent procéder devant un arbitre sur le choix duquel elles s'entendent ou, à défaut d'entente, devant un arbitre désigné par le ministre du Travail.

L'arbitre détermine s'il y a surcharge de travail (fardeau de tâche) et ordonne à l'employeur de la corriger le cas échéant. Le choix des moyens appartient à l'employeur.

L'arbitre dispose d'un délai de vingt (20) jours à compter de la date d'audition pour rendre sa décision.

À la demande du syndicat, l'arbitre doit siéger entre le quatre-vingt dixième (90^e) et le cent vingtième (120^e) jour de la décision dans le but de déterminer si le moyen utilisé par l'employeur a effectivement éliminé la surcharge de travail (fardeau de tâche).

Sinon, l'arbitre détermine les moyens à prendre pour éliminer la surcharge (fardeau de tâche).

Aux fins d'application du présent paragraphe, la surcharge de travail (fardeau de tâche) s'apprécie par rapport à une charge de travail normalement exigible dans l'établissement.

Les délais prévus au présent paragraphe peuvent, de l'accord des parties, être modifiés.