

Les fusions des établissements de santé (le projet de loi n° 25)

De bonnes intentions, mais...

C'est bien connu, l'enfer est pavé de bonnes intentions. C'est le sentiment qui m'anime devant la présentation du projet de loi n° 25 qui a pour objectif d'améliorer l'intégration des services à la population.

L'objectif d'améliorer l'intégration des services est fort louable, tous en conviennent. Mais les fusions des établissements peuvent-elles vraiment être utiles, voire essentielles, pour l'atteinte de cet objectif? Permettez-moi d'en douter.

De vives inquiétudes

Depuis la réforme Rochon, peu d'établissements ont échappé à des fusions: les grands CHU, plusieurs hôpitaux régionaux, les centres de santé en sont tous issus, sans parler de celles des CHSLD avec les CLSC... Qu'en est-il de l'effet réel de ces fusions sur l'amélioration des soins à la population? On en sait peu de chose. Par contre, les effets de démobilité sur le personnel, l'insécurité extrême et le découragement ressentis sont bien connus. Ajoutons les plans de compression budgétaire et les départs à la retraite: le moins qu'on puisse dire, c'est que l'on met à rude épreuve la capacité de résilience du personnel du réseau de la santé. Comment celui-ci pourrait-il applaudir aujourd'hui au projet de loi 25?

« Si on veut offrir des services intégrés, il faut mettre plusieurs éléments en place. Il faut des gestionnaires de cas. Il faut relier les médecins et les pharmaciens à notre réseau. Il faut décider quelle sera la porte d'entrée à notre réseau. Le fait d'avoir un ou trois conseils d'administration devient alors secondaire. »

Céline Bureau, coordonnatrice du Réseau de services intégrés pour personnes âgées (RESPA) de Sherbrooke.

Le Devoir, 15 et 16 novembre 2003.

Je me rappelle très bien que les infirmières avaient appuyé le virage ambulatoire: soigner les gens à domi-

cile et en clinique externe ainsi que réduire le temps d'hospitalisation apparaissaient comme des objectifs souhaitables. Finalement, les investissements qui devaient soutenir les services de première ligne font encore aujourd'hui cruellement défaut, et plusieurs infirmières gardent un goût fort amer de la fermeture de leur hôpital.

Aujourd'hui, on leur demande de céder le CLSC à «une instance locale, fusion de plusieurs établissements». Il importe de se rappeler que les soignants sont d'abord des êtres humains habités d'espoir et animés d'un projet professionnel qui donne un sens à leur vie. Le CLSC a la cote au sein de la profession d'infirmière! Il n'y a pas de pénurie dans les CLSC! Plusieurs diront que c'est à cause des horaires de travail, mais j'estime que c'est d'abord parce que le projet des CLSC, orienté notamment vers l'intervention communautaire, la prévention, les soins à domicile, les soins périnataux, la santé en milieu scolaire, en milieu de travail et la création d'Info-Santé, répondait dès le point de départ aux valeurs de notre profession. Sans compter que les CLSC ont



Marcel La Haye

favorisé un fonctionnement interdisciplinaire très satisfaisant pour la pratique infirmière. Les CLSC ont été des incubateurs d'innovation, résolument tournés vers les besoins de la population de leur territoire: Info-Santé, un projet mis en avant par des infirmières de CLSC de l'Outaouais, ensuite de Québec et de Montréal avant d'être généralisé à l'ensemble de la province, en est le meilleur exemple. Mal aimés parce que mal financés, aujourd'hui, ils se font dire que la voie de l'avenir est la fusion avec l'hôpital local!!!

Le passé nous révèle clairement qu'imaginer une réforme sans avoir au préalable identifié les conditions de succès crée de vives inquiétudes et une insécurité qui pourraient mener à une déstabilisation encore plus grande du réseau. Par exemple, pour les CLSC, pourquoi le ministre n'annonce-t-il pas que leurs programmes seront protégés et non pas noyés dans un budget global? Les CLSC qui ont toujours recruté des infirmières détentrices de baccalauréat ou, du moins, d'un certificat en santé communautaire, verront-ils leurs exigences de qualification enfouies sous une superstructure de gestion des ressources humaines priviliégiant seulement l'ancienneté?

Je réitère que les fusions ont des conséquences qui vont au-delà du

simple exercice administratif: les planificateurs sous-estiment toujours les aspects affectifs, culturels et même identitaires associés à l'établissement employeur.

D'abord une restructuration administrative

La restructuration proposée n'apparaît d'abord et avant tout comme une réponse à l'objectif de simplification des relations avec les syndicats, et un préalable au projet de loi n° 30 qui force la fusion des syndicats et met en avant des éléments de négociation décentralisés. Quant à l'intégration des services, c'est déjà chose faite dans plusieurs régions. Seule Montréal n'en est qu'aux balbutiements. Et c'est

« En soi, les structures ne règlent pas tout. Pour ne pas être un coup d'épée dans l'eau, ces fusions devront s'accompagner d'investissements importants et de projets mobilisateurs pour les gens. »

Michel Clair, président de la Commission Clair.

Le Devoir, 15 et 16 novembre 2003.

normal, compte tenu de la vocation suprarégionale et même provinciale de la plupart de ses hôpitaux. Par ailleurs, beaucoup de projets d'intégration de soins et de services ont vu le jour au cours des dernières années, à Montréal comme ailleurs.

Pensons au projet SIPA (soins intégrés aux personnes âgées), au CLSC Notre-Dame-de-Grâce, au RESPA (réseau de services intégrés pour per-

sonnes âgées) à Sherbrooke, au réseau de soins aux asthmatiques, au réseau de cardiologie tertiaire, au projet de mentorat VIH-sida, etc.; tous ces projets reposaient d'abord et avant tout sur une compréhension claire des besoins de ces clientèles — établie par des professionnels de la santé — et sur la collaboration des administrations concernées.

L'élément clé pour amorcer des changements, c'est d'abord la réforme des modes de pensée. Et ensuite, l'argent. Le mode de financement des établissements de santé et le mode de rémunération des médecins doivent être cohérents avec les objectifs recherchés, de même que l'apport de fonds de démarrage des projets d'intégration de services. Les GMF (groupes de médecine de famille) en sont un exemple éloquent. Le financement par capita-tion, l'intégration de l'enveloppe de rémunération des médecins au fonctionnement des établissements de santé, ou encore le financement par programme feraient plus pour l'intégration des services que la fusion des établissements. Mais peut-être que ce sera l'étape suivante. En attendant, les soignants se disent sans doute qu'ils n'ont pas plus d'argent pour soigner; rappelons-nous qu'à force de trop brasser la cage, ils pourraient partir plus tôt à la retraite. Les réformes administratives ont provoqué jusqu'à maintenant de l'insécurité, ce qui n'est pas propice à la mise en avant des projets d'intégration tant souhaités par le ministre. ●

LA PRÉSIDENTE,

GYSLAINE DESROSIERS