

## Nouvelles pratiques sociales



# Réflexions syndicales sur un projet social de santé et l'organisation du travail

Andrée Lapierre and Suzanne Leduc

Volume 10, Number 2, Fall 1997

L'organisation du travail dans le réseau de la santé et des services sociaux

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/301402ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/301402ar>

[See table of contents](#)

### Publisher(s)

Les Presses de l'Université du Québec

### ISSN

0843-4468 (print)

1703-9312 (digital)

[Explore this journal](#)

### Cite this article

Lapierre, A. & Leduc, S. (1997). Réflexions syndicales sur un projet social de santé et l'organisation du travail. *Nouvelles pratiques sociales*, 10(2), 35–53. <https://doi.org/10.7202/301402ar>

# ❖ Réflexions syndicales sur un projet social de santé et l'organisation du travail

*Andrée LAPIERRE*

*Suzanne LEDUC*

*Confédération des syndicats nationaux (CSN)*

La Confédération des syndicats nationaux (CSN), forte de l'expertise de son membership provenant du secteur de la santé et des services sociaux (100 000 membres), poursuit depuis plusieurs années une réflexion sur un projet social de santé. À l'heure des transformations profondes du système de santé québécois, il semble approprié de partager notre analyse des changements, de repérer ceux qui nous semblent souhaitables et d'y rallier des appuis.

Tel est l'objet du présent article. Accompagné d'un schéma-synthèse, le texte représente l'esquisse d'un projet social de santé pouvant mobiliser les forces progressistes autant à l'interne qu'à l'externe du réseau, dans tous les secteurs d'activités, afin de mettre en œuvre les stratégies de la *Politique de santé et de bien-être du Québec* énoncées en 1992.

Dans un premier temps, des enjeux de fond de la reconfiguration sont exposés : la correction des lacunes historiques du système pour l'adapter au virage ambulatoire et en accentuer le fonctionnement en réseau ; la démocratisation pour que population et personnel s'approprient outils et décisions

et se responsabilisent face à la santé et aux services requis dans les établissements et communautés ; les convergences vers un projet global de santé, arrimé au développement économique et social des régions, comme ultime garant de l'amélioration des conditions de vie et donc de santé de la population (éducation, emploi, revenu, environnement, justice, logement, sécurité, etc.).

La deuxième partie fait état des enjeux du financement d'une telle reconfiguration : la consolidation de la gestion et du niveau de financement public des dépenses de santé, l'encadrement accru des partenaires privés et le financement des mesures de transition.

Les enjeux de l'organisation du travail sont présentés en dernier lieu. Ce sont la qualité et l'humanisation des interventions et soins, la protection et la promotion des emplois et enfin la participation, la formation et le travail d'équipe. Par la suite, à la lumière de notre pratique syndicale, nous nous attardons aux conditions de réussite d'une démarche en organisation du travail.

En conclusion, nous convions les membres de la CSN et la population à débattre ces enjeux afin de faire évoluer le réseau dans le sens des analyses et orientations que la CSN met de l'avant en vue d'un projet social de santé souhaitable pour le Québec. Par ailleurs, on comprend que cette vision suppose un État fort, capable de garantir le caractère public du financement et de la gestion du réseau de santé et de bien-être du Québec et de déployer le leadership requis pour assurer la mobilisation de la population, du personnel et des divers partenaires appuyant tant les objectifs que les moyens de la réforme.

## **LA RECONFIGURATION**

Avant d'examiner la reconfiguration, et sans cautionner les brutales manières de la conduire, il importe d'expliquer les raisons de la turbulence que traverse le système de santé.

Selon André-Pierre Contandriopoulos, directeur du Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal, notre système, comme tous les systèmes des pays développés, vit une crise profonde – de son financement, de sa régulation, de ses connaissances et aussi de ses valeurs (Contandriopoulos, 1994). Quatre logiques différentes s'y affrontent, opposant technocrates, professionnels, politiciens et population, sans qu'aucune n'arrive à s'imposer et à dissoudre les incompatibilités et tensions, parce que chacune a ses limites et n'a qu'une vision partielle de la santé et de la maladie. Au point, propose l'auteur, que seule une vision renouvelée et inspirante,

une utopie, en rupture avec l'ordre et les tensions actuelles, nous permettrait d'en sortir.

C'est dans cette perspective que la présente réflexion a émergé, articulant quelques jalons possibles d'évolution. Dans un premier temps, il faut la volonté de corriger les problèmes accumulés qui bloquent maintenant l'horizon. En voici une récapitulation sommaire (adapté de Pineault *et al.*, 1993) :

- l'accent mis sur les services et sur les ressources et non sur leur impact sur la santé (résultats de santé) ;
- le financement centré sur les soins et sur les besoins des producteurs (institutions, industries ou professionnels) plutôt que sur les besoins de la population, dont certains sont tout à fait négligés ;
- le ministère faisant face à des problèmes qui peuvent être résolus sur le plan régional, avec une plus grande participation des citoyens aux décisions ;
- le chevauchement et le manque de complémentarité entre les services pour une même clientèle, causant une utilisation inappropriée des ressources, une fragmentation des soins et le risque de négliger certains besoins fondamentaux des personnes.

Tout en veillant à atténuer ces problèmes, il faut aussi « prendre le virage ambulatoire », c'est-à-dire adapter nos modes de prise en charge aux progrès technologiques comme la chirurgie d'un jour, les médicaments et appareils nouveaux, les nouvelles approches thérapeutiques, qui permettent de mieux soigner sans hospitaliser ou d'écourter l'hospitalisation ou l'institutionnalisation, sans sacrifier la qualité des soins, ni la satisfaction des usagers.

Évidemment, cela ne se fait pas sans heurt ni risque. Les pratiques établies seront bouleversées afin de revoir l'organisation des soins et redéfinir les rôles des membres des équipes pour, d'une part, mieux traiter les malades « ambulants », à l'hôpital ou ailleurs, et, d'autre part, adapter les soins aux besoins plus aigus des malades hospitalisés.

En outre, comme ces révisions de rôles touchent simultanément tous les types d'établissements et d'organismes faisant partie du réseau – publics, privés ou communautaires –, cela représente pour eux, sous la gouverne des régies régionales, un formidable défi de redistribution des budgets et de coordination pour des soins et des services mieux intégrés et accessibles<sup>1</sup>, le plus près possible des milieux de vie des personnes.

---

1. Selon la gamme de services offerts des grands programmes-clients du MSSS : santé physique, santé mentale, santé publique, jeunesse, toxicomanie, personnes âgées en perte d'autonomie, déficience physique et déficience intellectuelle.

À son tour, ce défi d'adaptation, d'autant plus redoutable qu'on doit le relever tout en appliquant d'énormes compressions budgétaires dans des délais toujours plus serrés, soulève un second enjeu crucial pour la reconfiguration : celui de la démocratisation des décisions, qu'on voulait le plus possible entre les mains de la population et du personnel, pour une mobilisation aussi profonde qu'indispensable.

Le problème est sérieux, car plutôt que de permettre à la population et au personnel d'exprimer directement leurs besoins, compétences et choix en matière d'organisation des services, le processus actuel a aboli les assemblées régionales des régies, a éliminé d'office toute personne employée du réseau des CA des régies régionales et réduit le nombre de conseils d'administration des établissements<sup>2</sup>, tendant à confiner le pouvoir aux mêmes cercles restreints de décideurs.

Qui plus est, les mesures de révision de la Loi 120 et de sa réglementation présentement en discussion tendent à réduire l'imputabilité des gestionnaires et à accroître leurs marges de manœuvre au détriment de l'information et de la liberté de choix des consommateurs et des droits des travailleurs, cherchant par exemple à contourner l'article 45 du Code du travail pour favoriser la sous-traitance.

En fin de compte, l'approche, les moyens et les échéanciers du gouvernement comme du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) bafouent la démocratisation du réseau, qui serait pourtant la voie privilégiée pour soutenir des projets de santé plus collectifs et novateurs, autour d'objectifs communs et ouverts sur ce qui se vit, ou pourrait se vivre, dans les domiciles et les établissements, comme chez les partenaires privés ou publics d'autres secteurs et dans les organismes communautaires. En somme, il faut remettre la démocratisation au cœur de la reconfiguration.

Enfin, cette démocratisation porte aussi l'enjeu de la décentralisation de certaines décisions de santé au profit d'une recomposition intersectorielle des pouvoirs (éducation, municipalités, industries, etc.) à l'échelle régionale. À terme, on pourrait assister à l'émergence d'un projet social de santé intégré aux développements locaux et régionaux, mais conservant tout de même certaines balises nationales (programmes-clientèles, régime de négociations, harmonisation de politiques, etc.). Cette évolution n'a cependant rien d'automatique et les débats s'annoncent difficiles, aussi bien au regard des objectifs

---

2. De 663 conseils d'administration en 1992 à 429 en septembre 1996. *La santé et les services sociaux. Enjeux et orientations stratégiques d'un système en transformation*. Sommet sur l'économie et l'emploi, octobre 1996.

à poursuivre qu'à celui des moyens pour les réaliser, comme on peut le voir déjà dans l'affrontement de Québec avec les municipalités depuis le dernier budget.

## LE FINANCEMENT DU RÉSEAU

La tâche sera assurément ardue, dans le contexte d'un réseau décimé par la réduction systématique des revenus publics de santé depuis le début de la décennie<sup>3</sup>, passés d'un ralentissement à un gel des dépenses puis à leur réduction nette, pour se poursuivre plus drastiquement encore avec l'obsession du déficit zéro<sup>4</sup> et une prévision d'une réduction de 12,8 % d'ici l'an 2000 (1,6 milliard), pour ramener le budget santé à son niveau de 1991-1992<sup>5</sup>, à 12,4 milliards, soit environ 31,4 % des dépenses gouvernementales.

À lui seul, le programme accéléré de mises à la retraite de l'été 1997 a délesté le réseau de 14 000 employés, soit environ 9 % des effectifs<sup>6</sup>, tandis que la première phase de la transformation (1994-1997) a déjà réduit d'une centaine le nombre d'établissements<sup>7</sup> du réseau et d'environ 3 000 le nombre de lits de courte durée disponibles (Perry, 1997). Et ce n'est pas fini, avec la deuxième phase de transformations (1997-2000) qui augure de nombreux autres bouleversements (modernisation et partenariats tous azimuts, tarification et désassurance de services, hiérarchisation possible des services médicaux et budgétisation à capitation, fiscalité municipale, etc.).

Dans ce contexte, trois enjeux s'imposent en matière de financement : la consolidation de la gestion et du niveau de financement public des dépenses de santé, l'encadrement accru des partenaires privés et, enfin, le financement des mesures de transition.

Le premier enjeu concerne la maîtrise accrue de l'État sur l'ensemble des objectifs et moyens nécessaires pour améliorer la santé de la population du Québec. À l'ère de l'État-providence et de budgets gouvernementaux croissants, le Québec avait une assez bonne performance macro-économique, contenant la croissance des dépenses de santé au rythme du PIB et de la

---

3. Avec, en 1994-1995, le Défi Qualité-Performance, limitant la croissance des dépenses à 1 % par année et imposant au réseau de santé une compression de 750 millions étalée sur trois ans.

4. Compression de 725 millions (5,5 %) en 1996-1997, et de 760 millions (5,7 %) en 1997-1998.

5. Budgets 1996-1997 et 1997-1998 du Québec. Analyses présentées aux Conseils confédéraux de la CSN, janvier et juin 1997.

6. L'effectif total était de 239 448 personnes en emploi en 1994-95, dans un réseau offrant 171 585 postes ETP (équivalent temps plein). (Statistiques sur le personnel et les cadres, MSSS.)

7. De 661 à 561 établissements en 1995-1996. (*Id.* note 2.)

moyenne canadienne, mais sans guère se préoccuper des retombées de ses investissements, autrement dit, des résultats de santé obtenus. Aujourd'hui, avec des gouvernements endettés, ces pratiques sont révolues et, dans la santé en particulier, le Québec doit améliorer sa gestion micro-économique et vérifier la pertinence de chacune de ses dépenses lorsqu'il se compare aux performances d'autres pays.

Observons, par exemple, qu'en 1991, sur 24 pays de l'OCDE<sup>8</sup>, le Québec<sup>9</sup> arrive au deuxième rang pour ses dépenses totales de santé (publiques et privées, avec 9,9 % du PIB), juste derrière les États-Unis (13,4 %), alors que la France (9,1 %), la Finlande (8,9 %), la Suède (8,6 %), l'Allemagne (8,5 %) ou le Royaume-Uni (6,6 %) dépensent considérablement moins et cela, malgré le vieillissement plus marqué de leur population<sup>10</sup>.

Sans signifier *ipso facto* que notre système soit trop financé, cela révèle des problèmes de performance et la persistance de pratiques coûteuses alors que d'autres façons de procéder sont connues et utilisées ailleurs. On pense aux recours excessifs aux urgences et aux services lourds, au retard dans le développement des services communautaires, ou encore aux conflits, cloisonnements et rigidités qui entravent souvent l'organisation professionnelle, comme l'écrit Gilles Dussault<sup>11</sup>, nous laissant loin d'une utilisation efficace et efficiente des professionnels. Avec des effets importants, indique-t-il, puisqu'on néglige ainsi d'intéressantes possibilités de substitution de personnel<sup>12</sup> et qu'on nuit également au travail d'équipe et aux pratiques inter-professionnelles.

Par ailleurs, cette situation encourage la prolifération de multiples services sur le marché privé, tandis que le système public tarde à innover ou à reconnaître, à encadrer et à intégrer des nouvelles pratiques thérapeutiques valables, ainsi acculées à la clandestinité, sans protection adéquate pour la population, ni de moyens d'accès équitable pour les plus démunis. Avec le résultat qu'on assiste au Québec à une croissance marquée des dépenses

8. MSSS (1995). *Le Québec comparé : Indicateurs sanitaires, démographiques et socio-économiques*, page 247.

9. Le Canada arrive troisième, avec une dépense moyenne moindre qu'au Québec.

10. Pourcentage de personnes âgées en 1991 : Québec 10,3 %, France 14,7 %, Suède 17,8 %, Allemagne 15,3 %, Royaume-Uni 15,7 %. (*Id.* note 2.)

11. DUSSAULT, G. (1994). *L'organisation du travail dans le secteur des soins médico-infirmiers au Québec : État de situation*, Étude pour le Conseil de la santé et du bien-être, avril, 29 pages. Voir aussi MANGA, P. et T. CAMPBELL (1994). *Health Human Resources Substitution : A Major Area of Reform Towards a More Cost-Effective Health Care System*, Projets de recherche économique des universités d'Ottawa et Queen's.

12. Entre médecins et professionnels, notamment les infirmières, et entre celles-ci et les infirmières auxiliaires.

privées de santé, qui sont passées de 19,5 % des dépenses de santé à 27,3 % entre 1976 et 1994, pour vraisemblablement atteindre 32,4 % en 1997 (Conseil de la santé et du bien-être, 1997).

Cette tendance est dangereuse et doit être renversée, car les études sont très claires quant aux conséquences prévisibles qui en découlent, comme le démontre l'exemple américain. Les dépenses privées de santé font gonfler la facture totale en plus de multiplier les iniquités (d'accès, de qualité) et les gaspillages (confusion des rôles et responsabilités, compétition, doubléments, faible comparabilité des produits, captivité des clientèles, marges de profit, perte de transparence), tendant à transférer les coûts aux personnes les plus vulnérables.

Or, c'est précisément pour mettre la santé à l'abri des intérêts mercantiles que le Québec s'est doté d'un système public de santé, pour éviter qu'au fardeau de la maladie s'ajoute celui de la misère, comme l'ont connu les générations d'avant les années 1970. En aucun temps, la reconfiguration ne doit nous éloigner de cette volonté de solidarité dont témoigne notre réseau de santé, ni servir de prétexte à un désengagement de l'État ou à son affaiblissement. Bien au contraire, la reconfiguration doit accentuer la solidarité et, comme le suggère l'avis du Conseil de la santé et du bien-être, consolider l'État dans ses divers rôles d'assureur principal, d'administrateur, d'employeur et de gardien de l'intérêt collectif, car «[...] si l'État ne peut tout faire, il y a des choses que seul l'État peut faire» (Conseil de la santé et du bien-être, 1997).

En l'occurrence, les Orientations CSN soumettent que l'État et le MSSS doivent améliorer l'efficacité des services de santé par une gestion plus innovatrice et dynamique et cela, sans réduction du niveau des dépenses publiques de santé. Car nous savons bien que les services publics peuvent être aussi performants que les services privés, avec une approche centrée sur les besoins et la participation de la population ainsi que la collaboration systématique du personnel.

En outre, l'État doit adapter les règles du jeu et prévoir un encadrement et une imputabilité accrues des anciens et nouveaux partenaires privés d'un réseau en quête d'investissements, d'alliances et d'expertises multiples pour se renouveler et relever les défis de l'avenir. La CSN préconise, par exemple, une réforme pharmaceutique qui subordonne les intérêts des industries et professionnels concernés aux intérêts collectifs que sont la préservation du système de santé et l'amélioration globale de la santé de la population (CSN, 1997b). Elle soutient que les puissantes industries pharmaceutiques, biotechnologiques ou biomédicales doivent être astreintes à plus de transparence dans leurs informations sur l'utilisation de leurs produits ainsi que sur leurs profits et dépenses (publicité, recherche, administration et autres), de même que les compagnies d'assurance, les entrepreneurs et les agences

de divers services de santé ou connexes à la santé (cliniques privées, hébergement, convalescence, services à domicile, physiothérapie, radiologie et autres).

D'autres mesures d'encadrement semblent également souhaitables : mécanismes d'accréditation de cliniques et cabinets privés de médecins pour mieux répartir les effectifs, mécanismes d'accréditation et de surveillance des services d'hébergement et de soins à domicile, mécanismes spécifiques à l'égard des technologies de la santé et des technologies de l'information (planification, acquisition, formation, utilisation, entretien). Ensemble, ces diverses mesures d'encadrement nous semblent essentielles pour assurer la transparence des partenaires face à la population et faciliter la coordination de leurs contributions.

Enfin, le financement de plusieurs mesures de transition s'impose comme dernier enjeu stratégique d'avenir. Les transformations occasionnent plusieurs coûts importants, non récurrents, qu'il faut planifier et financer : consultations, aménagements et réfections de bâtiments, matériaux, équipements, inconvénients, expertises, obligations face au personnel déplacé ou en sécurité d'emploi, frais d'intérêts, déplacements, imprévus et autres.

En bâcler l'appréciation, les minimiser et ne pas les budgétiser correctement forcent à l'improvisation dans les établissements, essentiellement sur le dos de la population et du personnel, en termes de services perturbés, insuffisants et mal coordonnés, comme en témoignent les rapports des plaintes du réseau et la croissance des malaises, griefs et problèmes chez le personnel du réseau. À la longue, cela mine la crédibilité de la réforme en plus d'être contre-productif, car les frais de fonctionnement des établissements sont alourdis, forcés à leur tour à s'endetter tandis que les problèmes concrets d'organisation du travail s'accroissent sans qu'on se décide à y faire face.

Pourtant, de la même façon qu'on « découvre » qu'il faut fonctionner comme un véritable réseau d'établissements, il faut maintenant se déplacer à l'échelle des organisations et s'intéresser aux échanges et aux motivations entre les divers individus, selon leurs rôles et responsabilités, ainsi que selon leurs appartenances et statuts et les moyens dont chaque groupe dispose. En fait, c'est tout l'univers de l'organisation du travail qui apparaît derrière le besoin de clarifier les mesures de transition pour réorganiser les services en reconfiguration.

## **L'ORGANISATION DU TRAVAIL**

Devant les impératifs de la reconfiguration et du financement du système de santé, comment les établissements peuvent-ils relever les défis au quotidien

qui découlent des transformations de missions, de structures et de services ? Il nous semble impossible qu'ils y arrivent sans associer davantage les travailleurs et travailleuses du réseau à la détermination des services et soins à offrir ainsi qu'aux meilleures façons de les donner.

Pour la CSN, le projet social de santé comprend une révision de l'organisation du travail et des pratiques de travail dans les établissements et l'instauration d'une gestion participative. Cette dernière implique que la mission de l'établissement soit partagée avec les personnes salariées et que les changements se fassent dans la transparence et de façon démocratique. D'après l'expérience de la CSN, ce nouveau fonctionnement ou mode de gestion, bien qu'exigeant pour les personnes concernées par le processus, entraîne chez les employés une valorisation de leur travail et donc de leur qualité de vie au travail, une plus grande responsabilisation et une plus grande collaboration de leur part qui, à terme, ont des retombées positives pour l'établissement. La participation des travailleuses et des travailleurs permet notamment de trouver des solutions novatrices en matière d'emploi qui sont nettement plus bénéfiques pour l'établissement et la société que les pratiques actuelles de *downsizing* utilisées par les employeurs.

Les formes de réorganisation du travail peuvent être multiples et les modèles adoptés peuvent varier selon l'environnement des différents secteurs. À la CSN, on s'attache peu aux étiquettes (qualité totale, approche socio-technique, réingénierie et autres). Nous insistons, par contre, sur le fait que la réorganisation doit être globale et systémique, qu'elle ne doit pas se limiter aux seules dimensions reliées aux postes de travail et à la répartition des tâches, mais porter sur l'ensemble des objectifs et moyens utilisés pour produire des services à partir de ressources techniques et humaines. Nous préconisons également que toute réorganisation du travail réponde à certaines grandes orientations dans le secteur sociosanitaire.

## **LES ORIENTATIONS**

Trois orientations sont proposées aux syndicats comme cibles prioritaires d'attention et de réflexion pour réorganiser le travail. D'abord, la qualité et l'humanisation des soins et des interventions auprès des bénéficiaires et de leurs proches, à l'intérieur comme à l'extérieur des établissements et organismes, dans les domiciles et au sein des communautés, se doivent d'être au cœur de toute réorganisation du travail.

En premier lieu, la quête de la qualité et de l'humanisation des soins ne doit surtout pas être la seule affaire des experts et des services cliniques.

Cette préoccupation est déjà constamment présente chez les travailleuses et travailleurs du réseau et les établissements ont tout à gagner à reconnaître et à exploiter l'expertise développée par ceux-ci dans leurs domaines respectifs. Les personnels ont notamment l'expérience et la compétence des nombreux gestes humbles et courants qui sont essentiels au recouvrement ou au maintien de la santé et du bien-être (repas, hygiène personnelle, soins de confort, salubrité de l'environnement, déplacements, visites et autres). La réorganisation du travail doit permettre que ces besoins et activités soient mieux reconnus et valorisés dans les établissements, qu'ils ne soient pas banalisés, ni détachés de la gamme de soins comme simples services de « soutien », intégrés par d'autres.

En deuxième lieu, la CSN propose aux syndicats de veiller à la promotion et à la protection des emplois tout en repensant le travail. Après la réflexion et les échanges sur les changements souhaités pour assurer la qualité et l'humanisation des soins et services, il faut quantifier ces derniers selon les volumes et types de clientèle prévus, pour finalement avoir une idée des nombres, types et articulation de postes nécessaires. Comme travailleurs et travailleuses et comme syndicats, il faut comprendre qu'il s'agit d'une voie incontournable pour assurer la défense des services et des emplois alors que le réseau entier est en chantier pour transformer non seulement les structures et les services, mais plus profondément encore les attitudes et comportements à l'égard de la maladie, des problèmes sociaux, de la santé et de la solidarité. La réflexion sur les emplois passe également par l'aménagement du temps de travail et la recherche systématique de nouveaux gisements d'emplois qui sont propices à l'amélioration de la santé des populations selon les voies ouvertes par la *Politique de santé et de bien-être*.

En troisième lieu, les changements que nous voulons doivent permettre la participation et la formation des travailleuses et travailleurs et l'instauration du travail en équipe. Dans le contexte actuel, il faut d'abord réitérer fortement que les travailleuses et travailleurs doivent avoir accès à toute la formation nécessaire pour pouvoir répondre de façon satisfaisante aux transformations qui interviennent dans le quotidien de leur travail.

Si l'information est de plus en plus reconnue comme ressource stratégique et source de pouvoir dans les organisations, son corollaire obligé, la participation, l'est moins alors qu'elle est essentielle dans le contexte actuel. Dans un établissement, cela signifie prendre et donner les moyens pour participer aux décisions, reconnaître les travailleuses et travailleurs et leurs représentants, les syndicats, comme partenaires légitimes et souhaitables aux instances où se planifient les réorganisations. Cela nécessite la révision démocratique des pratiques institutionnelles, professionnelles et sociales pour instaurer un dialogue permettant d'abord un réel partage des objectifs visés

entre tous les groupes concernés et par la suite, une identification des moyens de les réaliser par une meilleure utilisation des compétences des ressources humaines, un fonctionnement en réseau, une offre suffisante de services pour répondre aux besoins et autres.

Par ailleurs, la CSN encourage la mise en place d'équipes de travail à tous les niveaux dans le secteur sociosanitaire et particulièrement dans les soins infirmiers (médecins, infirmières et infirmières auxiliaires), et les services thérapeutiques et diagnostiques (travailleurs sociaux, psychologues, ergothérapeutes, technologistes médicales et autres) puisqu'il est reconnu que l'organisation du travail actuelle des professionnels dans le réseau ne favorise pas une utilisation efficace et efficiente de ces derniers, comme nous l'indiquions précédemment. De multiples critiques ont été formulées à cet égard depuis plusieurs années. La CSN a également fait valoir un point de vue semblable dans son mémoire déposé à l'Office des professions du Québec en 1996. Il faut en finir avec les pratiques rigides, cloisonnées et, avouons-le, parfois bornées, et les gaspillages qui en découlent : manque de collaboration voire de substitution, délais de référence, duplication d'actes, besoins négligés et autres.

Malgré tout, des personnes réussissent à innover, à trouver des formules de coopération et de travail en équipe. C'est le cas du côté des soins infirmiers dans des départements de psychiatrie ou, encore, dans les technologies médicales – prévention des infections, en laboratoire, en neurophysiologie – ainsi que dans des CLSC où l'on trouve des formes de travail en équipe entre plusieurs catégories professionnelles. Le travail en équipe<sup>13</sup>, avec des objectifs d'autonomie, de responsabilisation et de satisfaction pour toutes les personnes qui font affaire avec le réseau (bénéficiaires, personnel, proches, fournisseurs et partenaires), représente une réponse adaptée aux besoins de la population et des organismes du réseau. À notre avis, il est opportun que de telles initiatives se poursuivent, voire se multiplient.

Cependant, nous sommes conscients à la CSN que les obstacles à la réorganisation du travail dans le sens où nous l'entendons sont nombreux. Les résistances proviennent de plusieurs groupes, des gestionnaires et des corporations professionnelles en priorité, mais également de la part de syndicats qui sont réfractaires au changement. Aussi, avons-nous tenté d'identifier, à partir de notre expérience et à l'aide de la documentation existante à ce sujet, une série de mesures qui peuvent faciliter les démarches de réorganisation du travail.

---

13. À la CSN, on entend par « équipes de travail », un groupe restreint de personnes, responsables à des degrés divers et de façon permanente de l'organisation de leur travail et de la réalisation d'un ensemble de tâches reliées entre elles, travaillant en vue d'atteindre un certain nombre d'objectifs communs et partagés (DORÉ et CSN, 1995).

## **LES CONDITIONS DE BASE DE LA RÉUSSITE D'UNE DÉMARCHE DE RÉORGANISATION DU TRAVAIL**

### **L'engagement de la haute direction**

La transformation de l'organisation du travail est conditionnelle à la volonté de changement de ses acteurs. À l'échelle d'un établissement, cette volonté de changement doit d'abord être clairement énoncée par la haute direction (direction générale et conseil d'administration). Selon une enquête menée par le ministère québécois du Travail auprès d'entreprises du secteur privé, l'appui « inconditionnel » de la haute direction est « indispensable » à la réussite d'un processus de réorganisation du travail (Ministère du Travail, 1996). Cela permet de dissiper toute ambiguïté quant aux intentions réelles de l'administration supérieure et aide à canaliser les actions des groupes d'intérêt qui seraient opposés au projet, celles notamment des cadres intermédiaires et de premier niveau qui, à juste titre, sont insécurisés par ces processus. Par ailleurs, l'engagement de la haute direction dans une démarche de réorganisation du travail est d'autant plus crucial dans le secteur sociosanitaire que les établissements sont interdépendants dans leurs décisions.

### **La reconnaissance du syndicat**

La reconnaissance du syndicat est un autre facteur essentiel à la réussite d'un processus de réorganisation du travail. Toutefois, d'un côté les gestionnaires ont énormément de réserves à donner une place officielle aux syndicats dans ces processus et, de l'autre, la reconnaissance des syndicats n'est pas nécessairement facilitée par les syndicats eux-mêmes, que ce soit à cause de la résistance de certains d'entre eux ou à cause de la variété (taille, type industriel ou professionnel) de la représentation syndicale dans les établissements du secteur sociosanitaire.

Parlons d'abord des cadres. Ils évitent de reconnaître les syndicats soit parce qu'ils sont habitués à des méthodes traditionnelles de gestion et qu'ils ne veulent pas redéfinir le sens ni la manière d'exercer les droits de gérance, soit parce qu'ils cherchent carrément à contourner les syndicats. D'après les résultats d'une enquête de la CSN en 1995, on observe quatre types d'employeurs :

[...] celui qui semble favoriser l'implication du syndicat et qui, par conséquent, ne cherche pas à en diminuer la crédibilité. Un autre qui, à l'inverse, ne reconnaît pas l'acteur syndical et ne veut pas l'impliquer. Un autre qui, tout en reconnaissant le syndicat, ne cherche pas à l'impliquer, préférant plutôt lui laisser jouer le rôle de défenseur des conditions de travail des membres. Enfin, un autre qui, tout en manifestant une certaine ouverture, cherche à diminuer la crédibilité du syndicat. (Jean, 1995)

Pour ces raisons, une majorité d'employeurs ne rechercheront pas la participation du syndicat et ce, malgré les démonstrations que l'appui des syndicats a des répercussions positives sur la viabilité des processus de réorganisation du travail. Des études américaines, notamment, ont démontré que l'implication des syndicats dans de telles démarches de réorganisation du travail constitue un facteur positif, entre autres parce qu'elle permet de sécuriser les employés (Kochan et Osterman, 1994). Plus près de nous, l'enquête récente effectuée par le ministère québécois du Travail aboutit à des conclusions semblables. Cette étude précise en outre qu'il est préférable non seulement que le syndicat soit associé au processus, mais encore qu'il le soit dès le début, car on constate que dans le cas des entreprises qui ont impliqué leurs syndicats sur le tard, «[...] l'évolution de la démarche a progressé de façon irrégulière, la direction se trouvant seule pour résoudre les résistances aux changements des salariés [...]» (Ministère du Travail, 1996).

En ce qui concerne les syndicats, bien que la participation constitue un facteur positif dans les processus de réorganisation du travail, dans les faits, cependant, ce ne sont pas tous les syndicats locaux et toutes les organisations syndicales nationales qui sont gagnés aux vertus de la réorganisation du travail basée sur une plus grande participation des employés et une implication des syndicats et ce, pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, la nouvelle organisation du travail transforme radicalement le fonctionnement actuel et bouleverse les pratiques établies. Depuis l'époque du fordisme, on a cherché à exclure les syndicats de toutes prises sur l'organisation du travail, en échange de salaires et d'avantages sociaux. Cela a eu des effets considérables sur les rapports patronaux-syndicaux, effets que l'on retrouve encore aujourd'hui, avec des variances selon les milieux.

De plus, les syndicats ont été échaudés par toutes les nouvelles approches de gestion qui ont été mises de l'avant par les employeurs depuis les années 1980. D'une part, celles-ci n'ont pas donné les résultats escomptés et, d'autre part, les syndicats ont plus souvent qu'autrement été conviés à des simulacres de participation. Ils en sont donc restés marqués, pour ne pas dire qu'ils sont devenus sceptiques, et à raison.

Les syndicats éprouvent des difficultés à prendre nettement position sur ces nouvelles formes d'organisation du travail pour d'autres motifs également. Premièrement, les réactions des membres sont généralement ambiguës sur ces questions, certains étant en faveur d'une implication alors que d'autres sont très réticents, voire farouchement hostiles. Le contexte actuel de compressions budgétaires et de redéploiement du personnel entraîne aussi énormément d'incertitude et favorise davantage une réaction attentiste, voire défensive de la part des syndiqués et de leurs organisations, les syndicats.

Deuxièmement, la réorganisation du travail implique des changements dans la pratique de la démocratie dans le milieu de travail. En effet, compte tenu que la réorganisation du travail donne voix au chapitre aux salariés au regard de décisions concernant leur service et département, elle soulève un certain nombre de questions d'intérêt majeur qui doivent faire l'objet de débats au sein du syndicat, en particulier sur la nature et l'étendue des responsabilités (coordination d'équipe de travail, santé-sécurité, budget et autres) qui doivent être assumées par les salariés. Les processus de réorganisation du travail supposent également une révision du rôle et de la place du syndicat dans les transformations organisationnelles et une adaptation en conséquence du fonctionnement syndical et des services aux membres.

Enfin, les syndicats craignent les échecs de ces processus puisque, il faut en convenir, ce ne sont pas toutes les réorganisations du travail qui ont eu des issues satisfaisantes pour les travailleuses et les travailleurs. L'association des syndicats à la démarche de réorganisation du travail dans le secteur sociosanitaire est aussi complexifiée par la variété de la représentation syndicale. Non seulement on y retrouve un grand nombre d'organisations syndicales, mais également des syndicats de taille différente ainsi que de type industriel ou professionnel. Ces obstacles sont réels mais non incontournables, et des solutions concrètes peuvent être trouvées pour concilier la représentativité des diverses catégories de personnel et l'efficacité d'un fonctionnement conjoint avec l'employeur. Il n'y a pas de formules uniques par rapport à cette question, et il faudra, ici, comme sur d'autres plans, innover. Les syndicats de la CSN impliqués dans des démarches conjointes ont mis en place des modèles variés adaptés aux particularités de leur établissement.

### **L'instauration d'un climat de confiance**

Le modèle traditionnel des relations de travail plutôt fondé sur des pratiques d'affrontement n'a généralement pas contribué à créer un climat de confiance entre employeur et syndicat dans les entreprises québécoises. L'établissement d'un climat de confiance constitue, par contre, un autre facteur déterminant de la réussite d'une réorganisation du travail.

Un climat de confiance ne s'établit pas du jour au lendemain. Un certain nombre de gestes et de mesures peuvent toutefois permettre d'instaurer plus rapidement une dynamique nouvelle de relations de travail dans un établissement. Ce sont d'abord l'engagement de l'employeur à protéger au maximum le niveau d'emplois et à n'abolir des postes qu'en dernier recours, une fois que toutes les autres avenues ont été explorées (réduction du temps de travail, retraite anticipée et autres). Cette garantie doit de plus être assortie d'un engagement à ce que les personnes éventuellement touchées par les

abolitions de postes aient toutes les chances et tout le soutien nécessaires, accès à des formations par exemple, pour se replacer.

En matière de formation, incidemment, l'employeur doit s'engager à fournir toute la formation nécessaire au personnel pour qu'il puisse s'acquitter correctement de ses nouvelles fonctions. En plus de veiller à offrir une formation adaptée, une démarche de réorganisation du travail doit être l'occasion de se pencher sur toute la question de la formation continue dans l'établissement. C'est sans doute le moment d'élaborer ou de revoir le Plan de développement des ressources humaines (PDRH) prévu dans le cadre de la Loi 120<sup>14</sup>.

Un autre facteur clé de la réussite d'une réorganisation est l'adoption d'un fonctionnement transparent. Cela signifie que les représentants syndicaux sont informés de tous les enjeux présents et futurs (financiers, technologiques et autres) d'une situation afin de pouvoir prendre des décisions en pleine connaissance de cause.

La démarche de réorganisation du travail ne doit pas non plus avoir pour objectif immédiat de modifier la convention collective. On ne peut pas changer le contenu des conventions collectives sans avoir expérimenté de nouveaux fonctionnements. Les nouvelles formes d'organisation du travail doivent être définies et évaluées d'abord par les personnes concernées et ce n'est qu'après un certain temps d'expérimentation positive que les salariés et leur organisation syndicale pourront être d'accord pour modifier la convention collective. Les employeurs doivent reconnaître que les syndicats n'accepteront pas de s'engager dans des processus de réorganisation du travail si cela n'est pas clairement entendu au préalable. On comprendra d'ailleurs facilement que, dans un contexte de conventions collectives nationales, les décisions de modifier les accords de travail ne peuvent être prises à la légère parce qu'elles ont des conséquences trop importantes pour un ensemble d'intervenants dans le réseau.

Enfin, une dernière dimension doit être traitée lors du démarrage d'un processus de réorganisation du travail, car elle contribue à instaurer un climat de confiance entre les parties. Il s'agit de ce qu'il est convenu d'appeler «l'élimination des irritants» que sont principalement les griefs. La formule la plus couramment employée est le déblayage accéléré par les parties, le recours à l'arbitrage ne demeurant que pour les cas extrêmes.

---

14. À la CSN, nous croyons que l'élaboration d'un PDRH suppose un exercice de planification stratégique qui ne peut se limiter qu'aux seules dimensions de la formation : il doit être beaucoup plus englobant et comprendre une analyse de l'organisation du travail dans l'établissement.

## LE RÔLE DÉTERMINANT DU COMITÉ CONJOINT

La reconnaissance du ou des syndicats comme partie prenante au processus de réorganisation du travail nécessite la création d'une structure pour que puisse s'exercer la concertation patronale-syndicale. Le moyen privilégié est la mise en place d'un comité conjoint chargé du pilotage – d'où son appellation souvent de « comité de pilotage » – et de la coordination des initiatives visant le changement. La présence à ce comité de cadres de la haute direction permet que le travail du comité soit plus efficace et que ses recommandations se traduisent effectivement en actions concrètes.

L'expérience des syndicats de la CSN qui ont vécu ces processus et la littérature existant sur le sujet nous enseignent que le comité conjoint doit franchir certaines étapes avant de devenir véritablement opérationnel. Le comité doit d'abord s'entendre sur un diagnostic de la situation, c'est-à-dire développer une vision commune des défis et problèmes auxquels devra faire face l'établissement dans un avenir rapproché afin de mieux cerner les interventions prioritaires. L'étape du diagnostic est notamment l'occasion d'identifier les convergences et divergences d'intérêts entre le syndicat et l'employeur de manière à ce qu'elles soient connues et acceptées par les parties et qu'on en tienne compte dans le processus de réorganisation. Par ailleurs, compte tenu des changements culturels qu'impliquent les processus conjoints de réorganisation du travail et de l'ampleur des responsabilités qui sont dévolues au comité conjoint, la formation des membres de ce comité revêt une importance particulière. Elle sera de nature plus technique (analyse financière, détermination d'indicateurs, nouvelles technologies, négociation raisonnée et autres) et de nature plus psychosociale sur les attitudes et comportements à développer pour faciliter le travail en équipe, par exemple, la résolution de problèmes en groupe, etc.

Le mode de décision à privilégier par le comité conjoint est celui du consensus. Pour la CSN, le consensus ne signifie pas la fusion des parties syndicale et patronale simplement parce qu'elles ont trouvé des intérêts communs. Le consensus ne consiste pas à nier les divergences de points de vue et les conflits d'intérêts. Il peut être défini comme un processus que comme un résultat et il devient possible lorsque des personnes participent librement et conjointement à une démarche où toutes les opinions sont exprimées et écoutées (Doré et CSN, 1995).

Le comité conjoint se doit d'avoir une vision globale de la démarche et de s'assurer de la cohérence entre les objectifs recherchés et les moyens utilisés. Il a en ce sens la responsabilité de la planification générale du processus, de la détermination des moyens et de l'évaluation des résultats. Les responsabilités du comité conjoint peuvent être résumées ainsi :

- déterminer les priorités d'intervention ;
- mandater des sous-comités conjoints pour faire l'analyse de la situation dans les services identifiés et statuer sur les recommandations acheminées par ces sous-comités ;
- déterminer la formation ainsi que le soutien requis pour les membres des sous-comités et, par la suite, pour les employés des services concernés, une fois les décisions prises sur le type de réorganisation envisagé ;
- s'assurer que les solutions proposées par les sous-comités prennent en compte les effets probables notamment sur la santé et la sécurité des travailleurs et travailleuses (santé physique et santé mentale, sachant que les réorganisations du travail peuvent provoquer de nouvelles formes de stress pour le personnel), sur la situation des femmes (les changements pouvant entraîner des difficultés supplémentaires de concilier le travail et la famille, par exemple) et sur l'environnement (faire en sorte que la réorganisation du travail s'inscrive dans une perspective de développement durable) ;
- déterminer la stratégie de communications, un élément clé de la stratégie de mise en œuvre de la réorganisation du travail (s'assurer d'une circulation fluide de l'information entre les divers niveaux de la structure) ;
- déterminer la base d'évaluation des résultats de réorganisation dans les services, le mode et la fréquence des évaluations ;
- s'assurer de la pérennité de la démarche : échéancier réaliste (prévoir les hauts et les bas et les phases d'essoufflement que l'on rencontre dans tous ces processus), financement approprié, évaluation périodique de l'état d'avancement de la démarche ;
- se faire assister par une entreprise de consultation, le cas échéant.

Enfin, si nous sommes maintenant en mesure d'identifier les enjeux des réorganisations du travail et les conditions de réussite de ces démarches, il faut avouer, malheureusement, qu'encore ici tout est à faire, que les acteurs du réseau n'ont pas intégré le fait que la révision de l'organisation du travail est une composante essentielle d'une reconfiguration qui correspond aux aspirations des Québécoises et des Québécois à maintenir un système de santé le plus accessible, le plus universel et le plus démocratique possible. La réorganisation du travail est le grand défi des prochaines années.

## CONCLUSION

Voilà, tracés à grands traits quelques repères sur une longue route de changements voués à sauvegarder notre système public de santé et à l'adapter à nos besoins futurs. La tâche qui nous attend est considérable, plus importante peut-être que lors de la mise sur pied de l'assurance-maladie dans les années 1970, compte tenu qu'il s'agit cette fois de démarrer un vaste projet social, destiné à stimuler l'ensemble des facteurs déterminants de la santé ou de bien-être tout en modifiant en profondeur l'organisation et les relations du travail dans le réseau.

La perspective est exigeante certes. Mais nous souhaitons que les analyses et orientations de la CSN viennent alimenter les débats des forces progressistes afin qu'elles puissent s'approprier les changements qui s'opèrent actuellement dans le réseau. Dans le quotidien, ces forces auront à faciliter les nouveaux arbitrages pour trouver l'équilibre, à l'échelle régionale et sous-régionale, entre l'équité d'accès aux services et l'atteinte des « résultats » de santé et de bien-être fixés par la *Politique*. De cette manière, la résolution de certains problèmes se fera à travers la discussion, la mise en œuvre et la coordination de stratégies régionales appropriées pour intensifier la lutte contre la pauvreté, l'isolement et l'exclusion, notamment par la sauvegarde et la création d'emplois et d'activités de qualité, dans des milieux sains et sécuritaires, propices au développement du potentiel des individus et des communautés.

## Bibliographie

- CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS NATIONAUX (1997a). « Augmenter les revenus afin de maintenir la qualité et l'accessibilité des services publics et permettre leur transformation », dans *Refaire l'unité sur l'essentiel*, CSN, janvier, 45 pages.
- CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS NATIONAUX (1997b). *Mieux encadrer les industries et pratiques pharmaceutiques, une nécessité pour réduire les coûts de santé*, CSN, Mémoire, avril, 27 pages.
- CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS NATIONAUX (1997c). *Les choix gouvernementaux et leurs impacts sur les services publics et l'emploi*, CSN, juin, 113 pages.
- CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS NATIONAUX (1996). *Mémoire sur l'approche à l'égard de la réserve et du partage d'actes professionnels*, Montréal, CSN, 20 pages.
- CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS NATIONAUX (1992). *Une démarche syndicale pour prendre les devants dans l'organisation du travail*, Montréal, CSN, 21 pages.
- CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (1997). *Les rapports public-privé dans les services de santé et les services sociaux*, Version préliminaire non diffusée, 57 pages (à paraître).

- CONTANDRIOPOULOS, A.-P. (1994). « Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu quo impossible », *Ruptures*, vol. 1, n° 1, 8 - 26.
- DORÉ, Michel et CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS NATIONAUX (1995). *Travail en équipe et démocratie au travail*, Montréal, CSN, 122 pages.
- DORÉ, Michel, FERLAND, Guy et CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS NATIONAUX (1991). *Prendre les devants dans l'organisation du travail*, Montréal, CSN, 75 pages.
- DUSSAULT, Gilles (1994). *L'organisation du travail dans le secteur des soins médico-infirmiers au Québec : état de situation*, Document préparé pour le Conseil de la santé et du bien-être du Québec, Montréal, avril, 29 pages.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. SOMMET SUR L'ÉCONOMIE ET L'EMPLOI (1996). *La santé et les services sociaux. Enjeux et orientations stratégiques d'un système en transformation*, octobre, 46 pages.
- JEAN, Thérèse (1995). « Les syndicats CSN et la réorganisation du travail », *Nouvelles CSN*, novembre.
- KOCHAN Thomas et Paul OSTERMAN (1995). *The Mutual Gains Enterprise*, Boston, Harvard Business School Press, 260 pages.
- MANGA, P. et CAMPBELL, T. (1994). *Health Human Resources Substitution : A Major Area of Reform Towards a More Cost-Effective Health Care System*, Projets de recherche économique des universités d'Ottawa et Queen's.
- MINISTÈRE DU TRAVAIL (1996). *Les nouvelles pratiques en milieu de travail au Québec : regard sur des démarches dans le secteur manufacturier*. Québec, Les Publications du Québec, Coll. Études et recherches du ministère du Travail, 23 pages.
- MSSS (1997). *Soutien à la transformation du réseau. Évaluation des besoins en lits pour les soins de courte durée physique. Phase II*. Perry, J.-B., n° 35 Collection Études et Analyses, juin.
- MSSS (1995). *Le Québec comparé : indicateurs sanitaires, démographiques et socio-économiques*, 288 pages.
- MSSS (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, 192 pages.
- PINEAULT et al. (1993). *Éléments centraux de la réforme du système de santé au Québec*.
- PERRY, J.-B. (1997). *Soutien à la transformation du réseau. Évaluation des besoins en lits pour les soins de courte durée physique. Phase II*, n° 35, MSSS, Collection Études et Analyses, juin.