Mémoire de la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ)

déposé au

Groupe de travail ministériel sur

les professions de la santé et des relations humaines

Novembre 2000

Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec
545, boul. Crémazie Est, 17e étage
Montréal (Québec) H2M 2V1
Téléphone : (514) 383-8000
Télécopie : (514) 383-8001
Site : http://www.ftq.qc.ca

Dépôt légal – 4e trimestre 2000
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-89480-073-8

Table des matières

Introduction 3

Partie 1
L'organisation du travail : des choix « contrôlés » 1
L'importance d'examiner l'organisation du travail 5
Les marges de manœuvre des personnels 8
Les ordres professionnels : une interférence parfois indue 11

Partie 2
Une révision nécessaire : des principes communs 15
Le recentrage sur l'essentiel des fonctions principales 15
L'autonomie professionnelle 16
Le travail en équipes multidisciplinaires 17

Partie 3
La formation : outil de protection du public
ou outil de valorisation de la profession ? 19
Une question de pouvoir 19
Formation éthique ou universitaire ? 20
- Les tentatives des ordres professionnels 20
- L'attrait des professions du réseau pour les jeunes 22
- Entre professionnalisme et réalisme : la position de nos membres 23
- Le cas des infirmières et infirmiers 24

Et la formation continue ? 25

Partie 4
La protection du public : des moyens pour l'atteindre 27
Un Office des professions plus « encadrant » ? 27
Un public mieux représenté ? 29
Des mécanismes d'inspection et de discipline plus performants ? 30

Conclusion 32

Introduction

La Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ) remercie le Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines pour son invitation à venir présenter notre analyse et nos solutions aux problèmes du système professionnel actuel, particulièrement en ce qui concerne les limites qu'il impose à l'organisation des soins et services, ce que, du côté syndical, nous appelons l'organisation du travail. Nous croyons en effet que notre intervention est pertinente puisque, comme centrale syndicale, nous représentons des travailleurs et des travailleuses qui sont aussi membres d'ordres professionnels. Nous comptons des membres dans 11 des 26 ordres professionnels sous analyse, certains étant à exercice exclusif, d'autres à titre réservé : diététistes, ergothérapeutes, infirmières et infirmiers, infirmières et infirmiers auxiliaires, inhalothérapeutes, orthophonistes et audiologistes, physiothérapeutes, psychologues, technologistes médicaux, technologues en radiologie et travailleuses et travailleurs sociaux. Nos syndicats, le Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) et le Syndicat québécois des employées et employés de service (SQEES), section locale 298, représentent 40 000 travailleuses et travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux qui travaillent dans tous les types d'établissements du réseau et dont un bon nombre sont aussi membres d'un ordre professionnel. Dans les milieux de travail mais aussi dans les syndicats locaux, tous ces travailleuses et travailleurs se côtoient et leurs rapports ont un impact certain sur l'organisation globale du travail, même pour ceux et celles qui ne sont pas reconnus par le *Code des professions*.

La FTQ étant une centrale syndicale, il nous semblait essentiel de présenter un point de vue unificateur visant à dégager des principes communs à tous les types de professionnels représentés par un ordre professionnel. Ces principes, selon nous, devraient fonder l'analyse de toute révision du *Code des professions*. Pour ce faire, nous avons mené une consultation auprès de représentantes et représentants syndicaux, membres des divers ordres professionnels. C'est de ces rencontres et de notre analyse syndicale globale qu'est issue la position présentée dans le présent mémoire.

La FTQ tient aussi à souligner qu'elle inscrit le présent mémoire dans la continuité des consultations menées par la Commission Clair. Le mémoire que nous avons alors déposé faisait en effet une grande place à la nécessité de revoir l'organisation du travail. Pour nous, il s'agit du champ du négociable qui appartient aux employeurs et aux syndicats. Nous sommes cependant fort conscients que ce négociable est encadré par d'autres lois que celle du *Code du travail*, notamment celles concernant les divers ordres professionnels mais aussi par les désaccords d'interprétation des différents ordres professionnels qui se « chicanent » les tâches frontières et partagées.

Le présent mémoire est divisé en quatre parties. La première vise à faire le point sur l'organisation du travail et les différents facteurs qui l'influencent. Nous porterons une attention particulière aux différences existant entre la théorie et la pratique. Dans la

deuxième partie, nous identifions les principes communs d'analyse tels qu'ils se sont dégagés lors de nos consultations. La formation initiale et la formation continue étant des facteurs non négligeables de la professionnalisation et de la protection du public, dans la troisième partie de ce mémoire, nous analysons les orientations des ordres professionnels en les comparant à celles de nos membres syndiqués. Enfin, dans la quatrième partie, nous nous permettons de proposer des réflexions sur le rôle de l'Office des professions et les divers mécanismes de contrôle au sein des ordres professionnels.

Partie 1

L'organisation du travail : des choix « contrôlés »

Il est impossible de parler de l'organisation du travail dans le réseau de la santé et des services sociaux sans prendre en compte tous les intervenants concernés : les personnels, les syndicats et les employeurs. C'est ce que nous tenterons de faire dans cette première partie du mémoire en précisant d'abord en quoi l'organisation du travail est si importante dans le secteur de la santé et des services sociaux. Puis nous analyserons les marges de manœuvre des personnels du réseau. Les choix en matière d'organisation du travail nous semblant être fortement influencés par certains ordres professionnels, nous terminerons donc par une analyse des interventions des ordres professionnels dans ce qui est pour nous le champ du négociable entre les syndicats et les employeurs.

L'IMPORTANCE D'EXAMINER L'ORGANISATION DU TRAVAIL

Depuis longtemps déjà, les employeurs et les syndicats s'intéressent à l'organisation du travail. Bien sûr, leurs analyses et leurs objectifs respectifs sont souvent très différents mais il n'en demeure pas moins qu'il est possible de dessiner une nouvelle organisation du travail qui réponde tant aux besoins des employeurs qu'à celle des salariés. Pour faire court sans faire simpliste, on pourrait dire que les employeurs recherchent une augmentation de la productivité et de l'efficacité alors que les travailleurs et travailleuses, représentés par leurs syndicats, souhaitent dégager une plus grande autonomie au travail tout en s'assurant de maintenir leur emploi.

Les expériences de réorganisation du travail ont été plus fréquentes dans le secteur privé ou auprès de travailleuses et travailleurs de la production de biens et l'une des principales caractéristiques de ces expériences a été la création d'équipes de travail ayant des degrés variables d'autonomie. Bien sûr, même aujourd'hui, le travail dans le secteur privé continue à être majoritairement taylorisé (fragmenté) mais même dans les milieux de travail où des réorganisations substantielles du travail n'ont pas été introduites, des changements visant une plus grande autonomie sur certains aspects du travail sont en cours. Il y a donc là des enseignements à tirer pour le secteur des services, plus particulièrement des services publics.

En ce qui concerne le réseau de la santé et des services sociaux, c'est au début des années 1990 que la négociation de l'organisation du travail est devenue « à la mode ». Du côté syndical, il y avait la volonté de rechercher des économies permettant de contrer la réduction de 1% du salaire prévue par la *Loi 102* à partir des travaux de comités paritaires sur l'organisation du travail. À l'époque, la partie patronale a plutôt choisi de trouver la solution la plus uniforme et la plus rapide à implanter soit une réduction du nombre de jours de maladie ou de jours fériés. Les travaux des comités ont donc été infructueux. Il faut aussi se rappeler que, dans la première moitié de la décennies 1990, les discours de qualité totale, par exemple, étaient très présents tant

dans le secteur public que dans le secteur privé. Dans le réseau de la santé et des services sociaux, ces discours ont rarement imprégné le quotidien et les attentes syndicales pour une véritable implication visant une augmentation des services et de leur qualité n'ont pas été comblées. Les syndicats de tous les secteurs expliquaient alors aux employeurs (publics et privés) qu'il était inconcevable de demander aux travailleurs et travailleuses de s'impliquer pour leur propre perte, soit des coupures de postes ou des mises à pied. Les syndicats ont donc été peu impliqués et le discours a cessé d'être à la mode dans la deuxième moitié des années 1990. Comme organisation syndicale, nous trouvons toujours aussi important d'apporter un éclairage différent pour des réorganisations du travail qui prennent en compte les besoins des employeurs, des personnels et de la population bénéficiaire des services. Nous continuons cependant à douter de la volonté patronale d'investir les énergies nécessaires pour ce faire. La présentation de notre mémoire au Groupe de travail vise donc à préciser notre intérêt en espérant que cela suscitera véritablement l'intérêt des employeurs.

Nous sommes conscients que, dans le réseau de la santé et des services sociaux, plusieurs contraintes rendent difficiles des réorganisations du travail qui viseraient à dé-hiérarchiser les milieux de travail. L'une de ces contraintes est sans nul doute le découpage du travail sanctionné par les lois fondatrices des ordres professionnels qui créent des quasi-monopoles de production. Des chercheurs ont identifié les quatre principaux effets de ces quasi-monopoles : l'augmentation de la rareté de certains services et conséquemment de leurs coûts; la réduction, sinon l'élimination, de la possibilité de procéder à des substitutions de personnel; l'accès limité à des services différents de ceux qui sont déjà disponibles (historiquement les chiropraticiens et les acupuncteurs mais aussi les sages-femmes, les naturopathes, les massothérapeutes, etc.) ; la difficulté de mettre en place un véritable travail d'équipe et une pratique multiprofessionnelle.[1]

Il est évident que l'objectif syndical de développement d'une plus grande autonomie au travail et du travail d'équipe peut être difficilement atteint dans le contexte légal actuel. Mais il y a plus et nous aimerions attirer votre attention sur un des effets particuliers, la création de pénuries de main d'œuvre. Dans le mémoire que nous avons déposé à la Commission Clair, nous avons reconnu l'existence de véritables pénuries causées pour une bonne part par les récentes mises à la retraite massives et les contingentements dans les établissements d'enseignement[2]. Mais nous avons aussi souligné la création de « fausses » pénuries, notamment chez les médecins et les infirmières. Dans le cas des médecins, trois facteurs nous semblent contribuer à ces « fausses » pénuries : le choix du lieu d'établissement qui entraîne une répartition géographique inégale; le choix

---

[1] Gilles Dussault, *L'organisation du travail dans le secteur des soins médico-infirmiers au Québec : état de situation*, préparé pour le Conseil de la santé et du bien-être du Québec, 29 avril 1994, p.9-10. Ce document fait une recension des écrits notamment sur les effets des quasi-monopoles de production dans le réseau de la santé et des services sociaux.

[2] Des professions non encore en pénurie pourraient le devenir dans les cinq à dix prochaines années lorsqu'une cohorte importante de travailleurs et travailleuses arriveront à l'âge de la retraite.

individuel de se consacrer ou non aux diverses tâches que comporte le travail d'un médecin telles le suivi de patients (vs le « fast food » des cliniques sans rendez-vous) ou le travail en urgence et dans les centres d'hébergement; l'accaparement de tâches d'autres catégories de personnel (spécialistes qui font du travail de première ligne ou qui ne « retournent » pas le patient à l'omnipraticien, omnipraticiens qui font du travail infirmier). Chez les infirmières aussi il y a de « fausses » pénuries qu'elles créent elles-mêmes en envahissant les champs de compétence et en favorisant l'embauche d'infirmières plutôt que celle d'autres professionnels et personnels. Ce qui est le cas quand la Direction des soins infirmiers (DSI) recommandent de combler d'anciens postes d'infirmières auxiliaires par des infirmières… pour ensuite déclarer que la pénurie est terriblement grande.

Cette capacité des ordres professionnels d'influer sur l'organisation du travail est amplifiée par le caractère particulier de la gestion des établissements du réseau. Les syndicats qui représentent les travailleurs et les travailleuses font face à une double hiérarchie, l'une administrative, l'autre professionnelle. C'est la première qui est l'interlocuteur des syndicats en matière de relations de travail mais c'est souvent la seconde qui élabore, directement ou indirectement, l'organisation du travail. Il faut cependant souligner que la hiérarchie professionnelle est plus « forte » dans les centres hospitaliers de courte durée et moins « forte » dans les centres de réadaptation ou dans les centres de soins de longue durée.

C'est ainsi que la DSI (poste occupé par une infirmière) gouverne tout l'univers des soins, que le Conseil des infirmières et infirmiers et celui des médecins, dentistes et pharmaciens sont des lieux de « pouvoirs » professionnels que n'ont pas les autres professionnels (sauf quand il existe un Conseil multiprofessionnel fonctionnel, ce qui est rare). Pouvoirs qu'ont encore moins les autres personnels non régis par un ordre.

De plus, l'obligation de procéder à une délégation d'actes qui avait été perçue comme un moyen qui pourrait permettre de faire évoluer l'organisation du travail et favoriser le travail interdisciplinaire (travail d'équipe) a, au contraire, rigidifié l'organisation du travail tout en entraînant des batailles juridiques dont certaines sont loin d'être réglées.

On peut ainsi prétendre que d'une certaine façon les professionnels les plus « visibles » et leurs ordres professionnels participent, avec leur pouvoir moral, aux droits de la direction des établissements en matière d'organisation du travail. Et les syndicats se retrouvent sans interlocuteur, les employeurs administratifs s'en remettant aux professionnels et aux ordres « forts » dans l'interprétation de ce qui représente la meilleure organisation du travail.

Dans certains milieux de travail, d'autres professionnels réussissent à attirer l'attention des administrateurs pour modifier l'organisation du travail. C'est ainsi que dans un nombre grandissant d'établissements, les centres de prélèvement utilisent maintenant les services des technologistes médicaux, les employeurs ayant décidé d'orienter les

infirmières qui occupaient ces postes vers les unités de soins où il y a des pénuries. La résistance est cependant très grande parce que les postes au Centre de prélèvement offrent des conditions de travail intéressantes (notamment des horaires stables de jour), ce qui permettait de reclasser les infirmières vieillissantes ou ayant des limitations fonctionnelles suite à des accidents de travail.

Il faut cependant constater que, malgré les prétentions de certains ordres et l'inaction (ou l'action) des employeurs de la structure administrative, les personnels, au quotidien, réussissent souvent à dégager des marges de manœuvre relativement importantes.

LES MARGES DE MANŒUVRE DES PERSONNELS

Tout historique de l'évolution du fonctionnement du réseau de la santé et des services sociaux montre bien que, de tout temps, même avec des contraintes organisationnelles et légales, les personnels de chaque milieu de travail ont dégagé des marges de manœuvre visant tant une meilleure efficacité qu'une plus grande satisfaction au travail. C'est notamment le cas de la philosophie qui a prévalu lors de la création des CLSC pour favoriser le travail en équipe multidisciplinaire, ce qui était aussi le cas dans plusieurs centres de réadaptation et ce, bien avant la « mode » des années 1990. Et c'est ce que nous croyons qu'il faut, encore aujourd'hui, développer et favoriser. En reconnaissant que le travail en équipe multidisciplinaire existe déjà mais est parfois bien fragile dans un contexte de luttes entre les ordres professionnels.

> *«[…] les discussions et conflits qui se déroulent au niveau des corporations et associations professionnelles ont souvent pour effet de générer des tensions au niveau des interactions quotidiennes entre les praticiens. Plusieurs de nos informateurs nous ont dit qu'en général le travail en équipe multiprofessionnelle se développait bien dans leur milieu, quoique avec plus de facilité dans les domaines de la gériatrie, des soins prolongés, de la psychiatrie et autres domaines où la nature des problèmes appelle ce type de collaboration de manière plus évidente. Ils remarquaient toutefois que le maintien de cette collaboration restait vulnérable en raison de l'épée de Damoclès que sont les stratégies de protection et d'extension des frontières de l'exercice mises de l'avant par les corporations et associations. Quand la « militance corporatiste » s'installe dans un établissement, les conditions deviennent moins favorables pour le travail d'équipe. »*[3]

Le travail d'équipe existe donc. Qui plus est, il est possible dans le respect des lois et règlements concernant les diverses professions même s'il n'en est pas facilité. Le travail d'équipe permet de naviguer autour de ce que d'aucuns appellent des zones grises ou d'autres des tâches partagées.

[3] Gilles Dussault, 29 avril 1994, p.7.

Dans chaque établissement, les personnels établissent donc, formellement ou non, des répartitions de tâches qui leur semblent répondre à leurs besoins propres et à ceux des clientèles qu'ils desservent. Ces répartitions peuvent être fort variables d'un milieu de travail à l'autre, d'une région à l'autre, puisque plusieurs facteurs interviennent tels la disponibilité ou la pénurie relative d'un certain groupe de personnel, la personnalité même des intervenants ou l'exercice du pouvoir patronal (administratif). Les récentes coupures et les nombreux départs à la retraite ont aussi entraîné le développement de pratiques de « délégation », formelle ou informelle, les personnels tentant de trouver les moyens de répondre aux besoins de la manière la plus efficace et la plus sécuritaire possible en utilisant au mieux les compétences de tous les personnels. Ils exercent alors leur jugement propre tout en étant conscients et inquiets des responsabilités qu'ils assument alors sans être véritablement protégés.

Lors des consultations auprès de nos membres, des exemples concrets dont ils ne nous appartient pas de juger de la légalité ont été soulignés. Nous croyons qu'ils sont importants pour illustrer cette marge de manœuvre des personnels mais aussi pour faire ressortir l'importance de définir clairement ce qu'est la protection du public. Nous illustrons ces exemples de commentaires recueillis lors de nos consultations.

- Dans les régions très éloignées, les infirmières peuvent donner des soins que les médecins leur refuseraient de faire en milieu urbain. *« Quand ça les arrange personnellement, ils sont beaucoup plus ouverts et reconnaissent les compétences d'autres professionnels ».*

- Dans les soins d'hébergement et de longue durée où la présence d'un médecin n'est pas assurée en continu, de nombreuses ordonnances permanentes permettent aux infirmières de poser certains actes et de procéder systématiquement à certains examens ou traitements sans attendre d'ordonnance médicale individuelle pour des usagers de catégories déterminées et, le cas échéant, selon le protocole prévu. *« C'est une pratique nécessaire avec des malades chroniques et nous avons la compétence requise pour assumer ça. »*

- Aussi, dans les soins d'hébergement et de longue durée, les infirmières (peu nombreuses) n'ont souvent pas le choix de déléguer, formellement ou non, des tâches aux infirmières auxiliaires (plus nombreuses) si elles veulent maintenir un niveau de réponse minimal aux besoins. Ainsi, dans un milieu, les infirmières auxiliaires faisaient les électrocardiogrammes au repos, l'infirmière les vérifiant par la suite. Celle-ci avait « jugé » qu'il n'y avait pas de problème pour la protection du public. *« L'OIIQ est venue faire une inspection et les inspectrices ont aussi suivi* « discrètement » *les infirmières auxiliaires, ce qu'elles font régulièrement à ce qu'on m'a dit. Elles ont constaté l'écart et ça a fait tout un* « chiar »*. On a dû abandonner cette pratique mais c'est ridicule et ça alourdit mon travail inutilement. »*

- Dans les CLSC, la pratique de travail en équipe multidisciplinaire rend un peu plus flou les frontières entre les différents professionnels sans que cela conduise à des guerres puisque les réunions de l'équipe permettent de mettre en commun les informations. Des professionnels donnent des formations pour permettre à d'autres intervenants de faire certaines de leurs tâches les plus simples. *« J'ai donné de courtes formations aux auxiliaires familiales pour les* « barres » *et aux infirmières pour les* « plaies »*. Je suis la seule ergothérapeute et je ne peux pas tout faire. Et puis ça rentabilise les visites des unes et des autres et si ça devient plus complexe, je vais refaire une évaluation »*

- Le travail en équipe multidisciplinaire ne garantit pas toujours un équilibre parfait mais il crée au moins un lieu où l'on peut parler des pratiques et des visions respectives*. « Je n'aime pas tellement ça quand les infirmières me demandent de leur fournir une feuille de diète. J'essaie de leur faire comprendre que c'est peut-être la façon appropriée pour traiter les cas simples mais que si elles me référaient les cas plus compliqués, je pourrais contribuer à un meilleur succès. Dans mon travail de diététiste, je pars de l'analyse de l'alimentation actuelle de la personne et je fais des adaptations entre ce qu'elle aime et ce qui serait meilleur pour elle. On a ainsi plus de chance qu'elle suive effectivement sa diète à long terme. Je ne les ai pas encore vraiment convaincues mais les réunions d'équipe me permettent d'identifier les cas plus complexes. »*

- Cette pratique du travail en équipe multidisciplinaire est aussi présente dans les Centres jeunesse où les travailleurs sociaux, les techniciens en assistance sociale et les éducateurs définissent différemment leurs tâches que ce qui pourrait être recommandé par l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux. *« Le travail d'équipe, c'est de reconnaître qu'on ne peut pas et doit pas tout accaparer et que les autres ont des compétences qu'il faut exploiter en équipe. Par exemple, si le travailleur social doit s'occuper directement des personnes qui ont de très grands besoins psycho-sociaux, pour celles dont les besoins sont plus limités (en temps et en intensité), il peut plutôt jouer un rôle de soutien aux autres catégories de personnel. C'est plus valorisant pour tous sauf si on a le sentiment d'être exploité financièrement».*

- Dans les salles d'opération, les inhalothérapeutes travaillent de plus en plus avec les anesthésistes, en fonction d'une délégation d'acte des médecins qui précise que les actes doivent se faire sous surveillance immédiate, soit la présence physique de l'anesthésiste auprès du bénéficiaire. *« Il y a de plus en plus de milieux où il arrive qu'un anesthésiste surveille deux salles d'opération à la fois. On n'est donc plus sous surveillance immédiate. Nous ne croyons pas que la protection du public est en danger car nous avons les compétences pour poser ces actes mais c'est un peu* « borderline » *en fonction de la loi et il faudrait clarifier cela ».*

?? La situation des technologues de radiologie et des technologistes médicaux est parfois similaire à celle des inhalothérapeutes. *« En pathologie, il n'est pas rare qu'un technologiste médical fasse l'autopsie de A à Z et que le pathologiste se présente à la fin pour jeter un coup d'œil et signer le dossier ». « Parfois on prend plus de responsabilités qu'on ne devrait mais à la fin c'est le radiologue qui signe les films ».*

?? Enfin, la « responsabilisation » des patients et de leur famille dans les soins et traitements commande une réflexion que, selon nous, le Groupe de travail et les ordres professionnels devront faire, notamment pour la délégation d'actes. *« Quand mon mari est revenu après son opération, j'ai fait à la maison des actes qu'on me refuse de faire à l'hôpital comme infirmière auxiliaire. C'est assez ironique, non? »*

LES ORDRES PROFESSIONNELS : UNE INTERFERENCE PAR FOIS INDUE

Les ordres professionnels ont un rôle à jouer dans la définition de l'organisation du travail parce que le cadre légal qui les constitue et le rôle qui leur est attribué de protéger le public commandent qu'ils posent un jugement pour l'évaluation de la conformité d'une organisation du travail donnée avec la protection du public. Mais entre plusieurs organisations du travail « conformes », c'est le rôle des syndicats et des employeurs de définir ce qui est le mieux pour un milieu de travail précis. Il nous semble donc que les ordres professionnels (ou certains d'entre eux) se sont arrogés des pouvoirs supplémentaires visant surtout à protéger et valoriser leur profession.

En effet, nous savons que les ordres professionnels se donnent d'autres objectifs que la seule protection du public. L'histoire ancienne et plus contemporaine de la création des ordres professionnels montre bien que, sous le couvert de la protection du public, de nombreux ordres ont aussi voulu exercer un contrôle sur l'offre de travail, permettant ainsi à leurs seuls membres d'exercer une profession en limitant, avec plus ou moins de succès, la compétition (sociale et économique) que pouvaient leur faire d'autres groupes de travailleurs et de travailleuses.

Comme organisation syndicale, nous pouvons très bien comprendre ce désir de limiter la compétition puisque c'est ce que nous tentons nous-même de faire en syndiquant, par exemple, la plus grande partie d'un secteur d'activités. Nous appelons ça « sortir les salaires de la compétition ». Et notre réussite, dans certains secteurs comme par exemple celui du papier (syndiqué à 84% en 1997)[4], est grande puisque nous avons ainsi pu, au fil des ans, y négocier une rémunération très supérieure au salaire industriel moyen (47% de plus pour la rémunération hebdomadaire moyenne sans les heures supplémentaires et 72% de plus avec les heures supplémentaires)[5]. C'est aussi ce que nous faisons lorsque nous négocions avec les employeurs des règles qui les

[4] FTQ, *Syndicalisation et syndicalisme*, Document de travail du 25e Congrès, 1998, p.15.
[5] Les publications du Québec, *Le marché du travail*, Vol. 19, No. 10, Octobre 1998, Tableau de la rémunération hebdomadaire moyenne par industrie, p.54.

contraignent à utiliser leur marché interne du travail avant de recourir au marché externe du travail comme c'est le cas des clauses de promotion et de mutation du personnel qu'on retrouve dans toutes les conventions collectives des secteurs privés et publics. Quel que soit le secteur, ces règles sont cependant soumises à d'autres considérations notamment d'ordre académique (niveau de scolarité, cartes de compétence, etc.).

Nous maintenons cependant qu'il est important, dans notre contexte contemporain, de distinguer entre le rôle d'un ordre professionnel et celui d'une organisation syndicale. Il est donc essentiel que toute modification au *Code des professions* vienne renforcer cette distinction et recentrer les ordres professionnels sur leur objectif premier soit la protection du public.

Nous ne donnerons qu'un seul exemple, soit celui de l'Ordre professionnel des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), ce qui ne surprendra pas quand on sait que cet ordre professionnel entre régulièrement en conflit avec d'autres pour ce qui est des problèmes de frontières de tâches : infirmières auxiliaires bien sûr mais aussi technologistes médicaux, travailleurs sociaux, inhalothérapeutes, etc. Est-il de la tâche d'un ordre professionnel de tenter d'influencer l'organisation du travail qui est du ressort ultime des employeurs et des syndicats? Nous ne le croyons pas et pensons que c'est ce que fait régulièrement l'OIIQ en s'adressant sur cette question à ses membres, notamment celles participant à la structure administrative dans les conseils des infirmières et infirmiers et à la direction des soins infirmiers, en leur suggérant directement ou indirectement de poursuivre la lutte contre les infirmières auxiliaires par la valorisation de l'approche des soins intégraux et le développement d'équipes infirmières-préposés[6].

L'influence est telle que, très récemment, l'Association des CLSC et des **CHSLD** du Québec a proposé l'intégration des postes d'infirmières auxiliaires, de préposés et d'auxiliaires familiales pour créer une nouvelle catégorie d'emploi d'*Assistance* + (un peu plus que les préposés et auxiliaires familiales mais beaucoup moins que les infirmières auxiliaires)[7]. L'Association reconnaît ainsi le monopole que souhaite l'OIIQ sans tenir compte que la tendance inverse se dessine dans le reste de l'Amérique du Nord où notamment les infirmières auxiliaires sont de plus en plus mises à

---

[6] « Les directions de soins infirmiers ont amorcé des changements organisationnels notamment dans l'agencement du personnel. Par exemple, l'approche des soins intégraux vise à faire face aux défis que posent le changement technologique, la complexité des soins et le problème de la multiplicité des intervenants auprès du patient. Cette approche favorise notamment le développement d'équipes infirmières-préposés, ce qui réduit la fragmentation des soins. » OIIQ, *Pistes de réflexion sur la contribution des infirmières à l'efficacité de l'épisode de soins des clientèles en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés*, Document adressé aux présidentes des conseils des infirmières et infirmiers et aux directrices des soins infirmiers, Mai 1994, p.27.

[7] Association des CLSC et des CHSLD du Québec, *Les besoins futurs en soins infirmiers et en soins d'assistance : adaptation de la main d'œuvre*, Février 2000.

contribution[8]. Et ce alors même que la ministre Marois (alors ministre de l'Éducation et depuis ministre de la Santé et des services sociaux) avait précisé que *« le programme d'études professionnelles* Santé, assistance et soins infirmiers *est maintenu, [… que] ses objectifs seront substantiellement revus pour tenir compte du fait que, à l'avenir, les infirmières et infirmiers auxiliaires qui sortiront de ce nouveau programme devront* ***travailler principalement dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée [CHSLD]****»*[9]. Soulignons que, dans cette lutte de territoire, l'Ordre professionnel des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) a utilisé les mêmes tactiques, avec peu de succès semble-t-il[10].

L'utilisation des mécanismes locaux dans la délégation des actes des infirmières vers les infirmières auxiliaires a ainsi conduit de nombreux milieux de travail à ne déléguer aucun ou que quelques-uns des 16 actes prévus. Pour comprendre cette disparité de traitement selon les établissements, il faut savoir que les décisions sont prises par le conseil d'administration (CA) d'un établissement, sur recommandation de la Direction des soins infirmiers. On peut croire que le CA est normalement plus à l'écoute de cette direction que des syndicats représentant les infirmières auxiliaires et autres personnels. Nous croyons que cette procédure locale devrait être abandonnée et que tous les actes devraient être délégués dans tous les milieux de travail.

Si on peut comprendre qu'historiquement l'OIIQ a été coincé entre l'arbre et l'écorce puisqu'il lui fallait négocier à la fois la délégation des actes des médecins vers les infirmières mais aussi celle des infirmières vers les infirmières auxiliaires, on ne peut que constater que ce « climat guerrier », installé depuis quelques décennies, a conduit cet ordre à adopter une stratégie qui vise à faire des infirmières les chefs de tout un chacun, ce que conteste évidemment les mêmes tout un chacun. Cette attitude corporatiste est improductive pour ce qui est de la nécessité de revoir l'organisation du travail dans le réseau de la santé et des services sociaux. Par ailleurs, il faut souligner que l'OIIQ a ainsi adopté la même stratégie que le Collège des médecins qui a aussi voulu limiter sa délégation d'actes aux infirmières et qui s'acharne à ne pas reconnaître que d'autres professions puissent voir le jour, telles les chiropraticiens (pendant une cinquantaine d'années) ou les sages-femmes encore aujourd'hui.

Et c'est toujours au nom de la protection du public que les ordres professionnels défendent leur territoire alors que l'on sait très bien que la situation est variable selon les provinces et les pays. Si l'on reprend l'exemple des sages-femmes, celles-ci sont le

---

[8] RPNAO, *RPNAO Utilization Survey*, Ontario 1998; Buerhaus, Peter L. and Douglas Staiger, *Trouble in the nurse labor market? Recent trends and Future Outlook*, Health Affairs 18 (1) : 214-222; Bureau of Labor Statistics, *National Industry-Occupation Employment Matrix – Occupation Report*, 1998, http//stats.bls.gov, cités dans OIIAQ, *Pour une meilleure utilisation de nos ressources professionnelles*, mémoire présenté à la Commission Clair, Automne 2000, p.12.

[9] Communiqué de presse des ministres Marois (éducation) et Rochon (santé et services sociaux), 4 mars 1998. **L'emphase est la nôtre.**

[10] Par exemple, OIIAQ, *L'intégration des infirmières auxiliaires en soins à domicile*, Guide à l'intention des gestionnaires de CLSC, environ 1998 (non daté).

pivot de la pratique obstétrique depuis déjà des décennies dans plusieurs pays européens et elles sont reconnues depuis quelques années dans d'autres provinces. Faut-il en conclure que les populations de ces pays et provinces sont moins bien protégées ? Poser la question, c'est y répondre !

Il faut ici faire une distinction importante entre le travail des divers professionnels et les positions de leur ordre professionnel. C'est vrai des médecins. C'est aussi vrai pour les infirmières et infirmiers. La situation stratégique des infirmières dans l'organisation du travail de nos membres fait en sorte que l'OIIQ sera assez souvent mis sur la sellette dans ce mémoire. Ce n'est pas dire que nous ne reconnaissons pas la valeur du travail des infirmières et infirmiers. Au contraire, au quotidien, ces collègues de travail de nos membres sont fort respectées. Et leur désir d'aller chercher plus de responsabilités autonomes auprès des médecins est reconnu comme tout à fait légitime. Nous croyons cependant que ce qui est vrai pour elles l'est aussi pour les autres professionnels qui recherchent une plus grande autonomie face aux médecins mais aussi face aux infirmières. Et c'est dans cette difficulté à dégager plus d'autonomie que se situent les principales critiques envers l'OIIQ.

Partie 2

Une révision nécessaire : des principes communs

Comme nous l'avons précisé en introduction, la FTQ souhaite ici positionner les syndicats comme étant les interlocuteurs privilégiés en ce qui concerne l'organisation du travail dans le réseau de la santé et des services sociaux. Nos membres, même s'ils sont aussi membres d'un ordre professionnel, croient qu'il est important de dégager des principes communs qui peuvent autant guider le travail d'analyse du Groupe de travail sur les professions de la santé et des relations humaines qu'influencer leurs propres revendications et négociations pour une meilleure organisation du travail dans leurs milieux de travail. Trois principes ont été retenus : le recentrage sur les fonctions principales, l'autonomie professionnelle et le travail en équipe multidisciplinaire, principes interreliés dont nous discuterons cependant tour à tour.

Nous croyons que ces principes pourront aider le Groupe de travail. Les propositions qu'il voudra éventuellement faire quant à des changements au fonctionnement actuel pourraient être évaluées à l'aune de ces principes. La question que le Groupe de travail pourrait alors se poser est la suivante. Chaque changement que nous voulons proposer favorise-t-il ou défavorise-t-il le recentrage sur l'essentiel des fonctions principales, l'autonomie professionnelle et le travail en équipes multidisciplinaires ?

LE RECENTRAGE SUR L'ESSENTIEL DES FONCTIONS PRINCIPALES

Ce recentrage, tel que nous le concevons, vise à faire « descendre vers le bas » les tâches qui peuvent tout aussi bien être assumées par des personnels de catégorie dite inférieure dans la hiérarchie des soins de santé surtout mais aussi des services sociaux. Nous nous exprimions ainsi dans le mémoire déposé à la Commission Clair.

> *« […] nous proposons de recentrer le travail des différentes catégories de personnel sur l'essentiel de leurs tâches. Ceci permettrait sûrement des réductions de coûts puisqu'il n'y a pas d'avantage financier à payer un médecin spécialiste pour faire le travail d'un médecin généraliste ou même d'une infirmière. De même, il n'y a pas d'avantage financier à payer une infirmière pour faire un travail pour lequel une infirmière auxiliaire a les compétences. […] Pour résumer notre pensée, on pourrait dire que les médecins spécialistes doivent travailler en spécialité et soutenir les omnipraticiens. Ceux-ci doivent pratiquer tous les volets d'une médecine de première ligne. Les infirmières doivent faire du nursing mais elles doivent cesser de considérer qu'elles peuvent envahir tous les secteur d'activité et elles doivent reconnaître l'apport d'autres catégories de personnel dont les infirmières auxiliaires, les inhalothérapeutes, les préposés, etc. Enfin, il faut réfléchir à la nécessité d'ajouter à ces équipes de travail du personnel de bureau qui pourrait dégager le personnel soignant des tâches administratives. Ceci*

est d'autant plus important qu'on compte développer un système d'information plus sophistiqué. S'il fallait que cela s'ajoute aux tâches des personnels cliniques, on n'a pas fini d'entendre parler de pénurie!!! […]
Enfin, nous tenons à souligner l'importance de réfléchir concrètement à l'organisation du travail quand il s'agit de réinvestir. Nous le répétons, il ne faut pas que le gouvernement investisse n'importe où, n'importe comment. Mais c'est aussi le cas pour les directions d'établissement lorsqu'elles devront faire des choix internes pour l'allocation des ressources supplémentaires qui leur seront versées. Faut-il embaucher de nouvelles infirmières, de nouveaux préposés aux bénéficiaires ou d'autres employés de soutien? Ces choix devront être guidés par l'analyse des besoins non comblés et des personnels les plus compétents pour les combler. Par exemple, nous croyons que dans les CHSLD, les 30% de besoins requis sont non comblés surtout par manque de préposés aux bénéficiaires, eux et elles qui donnent les bains, qui font manger les bénéficiaires, qui les aident à marcher et qui s'assurent de leur sécurité. Leurs tâches et leur fardeau de tâche attirent peut-être moins l'attention des médias mais sont tout aussi essentiels pour le bien-être des patients et des bénéficiaires. »[11]

Comme vous pouvez le constater, notre préoccupation de recentrage sur l'essentiel des tâches ne visent pas que des personnels couverts par un ordre professionnel. De plus, pour nous, ce recentrage n'est pas synonyme d'un processus plus grand de délégation d'actes, imposant à un personnel hiérarchiquement inférieur d'être sous la tutelle d'une autre catégorie de personnel.

L'AUTONOMIE PROFESSIONNELLE

En effet, le développement d'une plus grande autonomie professionnelle est notre deuxième principe. La subordination professionnelle d'un groupe par rapport à un autre ne nous apparaît pas un mode de fonctionnement très fructueux en ce qui concerne le développement de l'autonomie et du travail en équipe multidisciplinaire. Ce n'est pas dire que dans les établissements il ne demeurera pas une subordination administrative. Au contraire, nous pensons que si l'autonomie professionnelle est plus grande, la subordination administrative pourra être plus clairement cernée et ses objets ne pas être confondus avec la subordination professionnelle. L'exemple des Directions de soins infirmiers est encore pertinent en ce qui concerne cette distinction. Que la direction de l'hôpital confie à cette direction le suivi administratif de la gestion d'un département par exemple, ne veut pas dire que les personnels de ce département ne sont pas autonomes pour les tâches qui les concernent directement.

---

[11] FTQ, *Mémoire présenté à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*, septembre 2000, p.41-42.

Cette analyse que nous faisons ne vise pas à remettre en cause tout processus de délégation d'une profession à l'autre. Il faut cependant constater que si nos membres sont prêts à accorder un « leadership » aux médecins dans la délégation et la prescription de procédures à suivre, ils ne sont pas enclins à le faire pour d'autres professionnels, y compris les infirmières. Même pour les médecins, nos membres croient que certains actes pourraient être partagés de façon permanente sans que la protection du public soit mise en danger puisqu'ils possèdent les compétences requises pour poser ces actes et qu'en pratique, ils les posent déjà, le médecin ne vérifiant le travail qu'une fois complété. Pour ce qui est des infirmières, nos membres croient que c'est la voie du travail en équipe multidisciplinaire qui doit prévaloir sur une coordination assumée par les seules infirmières. Nous sommes conscients que cela peut bousculer les façons de voir et de faire, surtout dans les établissements à vocation strictement médicale. Mais si tel n'était pas le cas, nous ne serions pas en train de discuter de réorganisation du travail.

LE TRAVAIL EN EQUIPES MULTIDISCIPLINAIRES

Dans les meilleures réorganisations du travail, on essaie de tempérer la force de la subordination administrative en donnant à une équipe de travail certains pouvoirs pour s'autogérer (en partie du moins). Dans une équipe multidisciplinaire où ce qui est mis en commun est l'expertise et les compétences professionnelles de toutes les catégories de personnel, la prise en charge globale des patients ou des bénéficiaires par l'équipe peut aussi permettre d'alléger la subordination administrative. L'équipe elle-même doit être mise à contribution pour établir ses modes de fonctionnement et faire son auto-évaluation collective. Il ne s'agit pas d'un mode de fonctionnement facile à implanter et facile à gérer pour tous les intervenants et intervenantes en poste. Ni même facile à accepter pour les directions d'établissement pour qui le contrôle représente souvent l'essence même de leur travail.

Dans des travaux antérieurs, la FTQ avait identifié de nombreuses contraintes au développement du travail en équipes[12]. Nous en citons ici quelques-unes.

?? C'est l'autonomie individuelle qui est importante pour tout un chacun et l'introduction du travail en équipes doit permettre d'aussi dégager une autonomie individuelle. Il ne faut pas que le collectif soit plus contraignant qu'une organisation du travail hiérarchisée.

?? La pression sociale des pairs existe dans tous les milieux de travail qu'on y travaille en équipe ou non. Les travailleurs et travailleuses établissent alors des « normes » parfois explicites, plus souvent implicites : un rendement raisonnable mais pas « excessif », l'entraide, des retards en nombre « raisonnable », ne pas chercher (ou accepter) de traitement de faveur, faire un travail de qualité, etc. L'interdiscipline

[12] FTQ, *Démocratiser nos milieux de travail? Équipes/Responsabilisation/Autonomie*, 1997.

peut donc exister qu'il y ait travail d'équipe ou pas mais la tentation peut être plus grande pour une équipe « reconnue » de l'exercer formellement.

?? Ce n'est pas parce qu'on forme des équipes de travail qu'il n'y a plus d'encadrement. Celui-ci peut être même plus contraignant quoique plus subtil (ou moins apparent) avec l'utilisation des nouvelles technologies.

?? Enfin, et peut-être le plus important, dans les milieux de travail où les fardeaux de tâche sont très élevés (ce qui est le cas dans le réseau de la santé et des services sociaux), l'objectif d'une plus grande autonomie individuelle et collective (via le travail d'équipe) est quasi utopique. Il faut d'abord augmenter et stabiliser les postes si on veut vraiment faire émerger une nouvelle organisation du travail qui permette aux personnels de faire plus qu'une « production à la chaîne ».

Nos membres qui croient dans la nécessité d'un véritable travail en équipe multidisciplinaire dans les différents établissements du réseau de la santé et des services sociaux ne croient cependant pas que de telles réorganisations du travail soient faciles à implanter. Pour permettre une plus grande autonomie individuelle, le recentrage sur les tâches essentielles doit se faire autrement que par la seule procédure de délégation des actes. Ce qui n'est effectivement pas simple quand on doit intégrer la protection du public à l'équation. Nous croyons cependant qu'il s'agit là d'une réflexion importante que le Groupe de travail doit faire.

Si les changements que le Groupe de travail proposera subissent positivement l'analyse en fonction des trois principes que nous avons présentés, il sera fort important de revoir les mécanismes de responsabilité des personnels de la santé et des services sociaux. En effet, nos membres sont prêts à prendre leurs responsabilités et même de plus grandes responsabilités mais ils souhaitent que le soutien en matière de responsabilité professionnelle soit clair. À cet égard, ils espèrent que le Groupe de travail analysera et questionnera la double dynamique administrative/professionnelle en matière de responsabilité professionnelle. Ainsi des exemples ont été présentés où des employeurs n'ayant pas « réussi » à sanctionner le comportement d'un employé via la procédure disciplinaire et les procédures de grief et d'arbitrage ont alors « dénoncé » leur employé à son ordre professionnel (ou menacé de le faire). De plus, nos membres trouvent fondamentalement injustes qu'ils soient les seuls à être poursuivis par leur ordre professionnel alors même que les décisions patronales les forcent souvent à adopter des comportements condamnables par ce même ordre. Ils pensent que leur employeur devrait, dans certains cas, être un co-accusé, sinon le principal accusé.

Partie 3

La formation : outil de protection du public ou outil de valorisation de la profession ?

La formation spécifique d'un groupe de travailleurs et travailleuses est un des critères importants qui soutient la reconnaissance d'un ordre professionnel en ce qu'il permet de justifier la protection du public par le contenu de la formation nécessaire pour assurer cette protection. Mais nous croyons que le niveau de la formation peut aussi être un outil de valorisation de la profession.

En ce qui concerne le contenu de la formation qui est nécessaire pour assurer la protection du public, nous croyons important de spécifier que le développement récent (quelques dizaines d'années) de divers techniciens de la santé reflète bien la complexité grandissante des interventions en milieu médical. À ce titre, il faut considérer que la volonté de l'OIIQ de ratisser large pour englober des tâches de ces nouveaux corps d'emploi se justifie mal. C'est comme si le Collège des médecins n'avait pas accepté, au fil des décennies, le développement de diverses spécialités et sur-spécialités. Les infirmières nous apparaissent donc comme des techniciennes généralistes de grande importance mais nous pensons que leur ordre professionnel doit cependant reconnaître l'apport essentiel d'autres techniciens spécialistes.

En ce qui concerne le niveau de formation, il nous semble que le débat est des plus délicats et qu'il oppose assez nettement les ordres professionnels et les syndicats, les premiers souhaitant un relèvement du niveau de la formation pour pouvoir mieux établir le « pouvoir » de la profession, les deuxième se préoccupant des besoins concrets de leurs membres selon deux volets : la « véritable » formation requise et la lutte à la création de classes et de sous-classes de travailleuses et travailleurs dans une même catégorie d'emploi. Ce n'est pas dire que nos membres ne sont pas sensibles à un accroissement du pouvoir de leur profession mais ils ne sont pas convaincus que cela passe par le seul relèvement du niveau de la formation initiale mais aussi par leurs revendications syndicales en matière d'organisation du travail.

UNE QUESTION DE POUVOIR

Nous reconnaissons d'entrée de jeu que le niveau de la formation a un impact certain sur la hiérarchisation et la « force » relative des ordres professionnels, les universitaires étant plus autonomes que les techniciens, du moins en théorie. S'ajoute à cela la perception populaire de ce qu'est une profession ou un professionnel. Même si le terme *profession* peut être utilisé pour toutes les occupations de travail, les professions continuent d'être surtout associées aux professions libérales (médecins, avocats, comptables, etc.) caractérisées par l'aspect intellectuel du travail et la formation de niveau universitaire. On les oppose alors au travail manuel sans tenir compte que, dans un marché du travail moderne, dans bien des secteurs, on retrouve de plus en plus de

techniciens, à mi-chemin entre les typiques travailleurs manuels et les travailleurs dits intellectuels.

FORMATION ETHIQUE OU UNIVERSITAIRE ?

Les membres que nous représentons sont surtout des professionnels de niveau collégial. Nous représentons bien sûr des professionnels de niveau universitaire et ne contestons pas leur niveau de formation. Nous tenons cependant à souligner l'inquiétude de nos membres de niveau technique à voir leur ordre professionnel se diriger vers des exigences de niveau universitaire. L'ensemble de nos membres (infirmières et autres) s'inquiètent aussi de cette tendance chez les infirmières. Les motifs de leurs inquiétudes sont de trois ordres :

- La formation de niveau universitaire est plus théorique et, selon eux, c'est de bons techniciens dont a besoin le réseau de la santé et des services sociaux. On souligne d'ailleurs les différences qui existent sur le terrain entre les infirmières techniciennes et bachelières, les premières étant nettement plus à l'aise (voire même plus « compétente ») dans les soins directs aux patients. Et pour acquérir une bonne formation technique, les stages sont de la plus haute importance.

- Une division des travailleurs et travailleuses d'une même profession selon le niveau de scolarité inquiètent en termes de rivalités professionnelles et syndicales. Le réseau a besoin de développer une plus grande collaboration entre les personnels. Les décisions à prendre devraient éviter d'ajouter à la fragmentation des tâches d'autant plus qu'on croît que le perfectionnement et la formation continue (dont nous parlerons plus loin) peuvent être l'outil de choix pour faire avancer les connaissances de tous les personnels tout en acceptant une certaine spécialisation parfois nécessaire. On craint aussi que les ordres professionnels n'en viennent à créer des catégories de permis, ce qui ajouterait au casse-tête des gestionnaires.

- Les pénuries actuelles ou appréhendées étant grandes dans toutes les catégories d'emploi, la hausse des exigences de scolarité pourrait, à court terme, augmenter substantiellement cette pénurie, le temps aux études étant allongé.

Ces inquiétudes étant posées, il importe de bien cerner d'abord les tentatives des divers ordres profesionnels pour un rehaussement de la formation initiale pour ensuite discuter des attraits (et non attraits) des professions du réseau pour les jeunes. Enfin, la position nuancée de nos membres sur la formation initiale est exposée.

✍ Les tentatives des ordres professionnels

Lors de nos consultations, nous avons aussi rencontré des représentants de quelques-uns des ordres professionnels concernés. Il nous apparaît ici essentiel de présenter notre analyse des tentatives qu'ils ont faites pour rehausser le niveau de scolarité de

leurs membres. Il existe deux tendances non mutuellement exclusives selon les ordres professionnels : des incursions du côté universitaire et l'enrichissement de la formation collégiale.

Plusieurs ordres ont ainsi mis sur pied, avec une ou plusieurs universités, des certificats spécialisés. L'objectif avoué était de développer un nombre suffisant de certificats pour justifier une formation universitaire complète. Les universités exigeaient alors deux choses : l'assurance d'une cohorte minimale (15 à 20 personnes) et des professeurs compétents issus du champ d'exercice. Dans tous les cas, les certificats ont été ou seront bientôt abandonnés, surtout faute de clientèle.

Dans un cas, chez les technologistes médicaux, au début des années 1970, il existait un programme universitaire de technologie médicale à l'université du Québec à Trois-Rivières, qui était un calque du programme collégial. Les inspections de l'Ordre ont démontré des problèmes importants auprès des finissants de ce programme. Depuis, l'UQTR a modifié le programme et l'a orienté vers la recherche. Les finissants de ce programme travaillent donc dans des lieux de travail très différents de ceux des finissants du programme collégial, dans des instituts de recherche, dans des entreprises pharmaceutiques, etc.

Il y a environ deux ans (printemps 1998), l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes a tenu des États généraux où un consensus s'était dessiné en faveur d'un DEC de trois ans suivi d'une formation universitaire d'un an, ces quatre années représentant alors la formation initiale des inhalothérapeutes. Selon nos informations, l'Ordre souhaite maintenant demander une formation universitaire complète.

Certains ordres professionnels ont aussi revendiqué une formation collégiale enrichie. Nous n'avons pas fait le tour de la question avec l'ensemble des professions rencontrées mais dans au moins trois cas (technologistes médicaux, technologues de radiologie, inhalothérapeutes), on nous a souligné que la volonté d'enrichir la formation collégiale avait été refusée par le Ministère de l'Éducation et que, dans le cas des technologues de radiologie, on a même réduit le curriculum antérieur, surtout en amputant des périodes de stages. La formation initiale était jusqu'à tout récemment de trois ans et demi. Une réforme, entreprise en 1986 et complétée en 1999, a ramené le programme à la même durée que les autres, en diminuant la période de stage de 48 à 32 semaines. La durée des stages pour les technologistes médicaux a aussi été récemment réduite.

Devant cet état de faits, notre compréhension est que de nombreux ordres professionnels, à la manière des infirmières, ont décidé d'opter pour une formation universitaire en remplacement de la formation collégiale, au plus grand plaisir des universités qui peut-être les encouragent en ce sens si cela leur permet d'aller chercher de nouvelles clientèles et peut-être aussi au plus grand plaisir des cégeps pour qui le

secteur de l'enseignement technique est plus coûteux, surtout à cause des équipements et des exigences d'encadrement des stages.

Comme quoi un gouvernement qui ne regarde pas ce que fait sa main gauche peut se retrouver avec une main droite amputée. Les coûts de l'éducation pourrait augmenter (du réseau collégial vers le réseau universitaire) et entraîner une augmentation des coûts dans le réseau de la santé et des services sociaux puisqu'il faudra bien faire un jour l'équité salariale entre tous les anciens et nouveaux professionnels universitaires.

✍ L'attrait des professions du réseau pour les jeunes

Un des arguments des ordres professionnels pour le rehaussement du niveau de la formation est la volonté de donner un nouvel attrait aux professions de la santé et des services sociaux. Dans une société qui valorise fortement les diplômes universitaires, on invoque qu'il pourrait être plus facile d'attirer des jeunes si le niveau de formation de la profession était de niveau universitaire. Nous sommes en désaccord avec cette analyse. Nos membres croient plutôt que ce sont les conditions de travail qui sont le facteur négatif le plus important dans le non choix du secteur de la santé et des services sociaux comme futur milieu de travail.

Nous reconnaissons que le Groupe de travail n'a pas le mandat d'étudier les conditions de travail qui existent dans le réseau. Pour faire contrepoids aux arguments des ordres professionnels, nous tenons cependant à souligner les facteurs qui, selon nous, sont les plus pertinents pour expliquer cette faiblesse de l'attrait des professions du réseau auprès des jeunes.

- Le contingentement de divers programmes d'étude a éloigné plusieurs jeunes et même s'il y a actuellement un décontingentement, les jeunes n'en sont pas nécessairement bien informés.

- La publicité qui a été faite aux coupures et aux mises à la retraite massives en a découragé beaucoup d'autres.

- La période de stages dans laquelle investissent les établissements et les professionnels en poste est absolument improductive si cela ne se concrétise pas par une offre d'emploi avec un nombre d'heures et un horaire raisonnable.

Ce dernier point est essentiel et nous voudrions insister sur le fait que cela est très coûteux pour les établissements. À quoi sert-il de former des jeunes qui veulent « vivre » de leur profession si on les met ensuite sur des listes de rappel et qu'on ne leur offre que de maigres heures de travail. Dès qu'un emploi un peu plus stable est offert ailleurs (dans le réseau ou hors du réseau), ces jeunes quittent la liste de rappel et l'on recommence sans fin le processus formation – non embauche. C'est frustrant pour les jeunes, pour les professionnels en poste et pour les directions d'établissement.

« Quand donc le gouvernement comprendra-t-il qu'investir dans la création et la stabilisation des emplois, ça sécurise tous les autres investissements (en éducation) et le futur? »

Dans ce contexte, l'attrait du diplôme universitaire nous semble un contre-exemple car comment peut-on croire qu'en ne modifiant pas les conditions de travail on pourra mieux attirer les jeunes universitaires que les jeunes collégiens.

✍ Entre professionnalisme et réalisme : la position de nos membres

En fonction des craintes énoncées plus haut, de façon générale, nos membres techniciens ne croient pas qu'il faille transformer la formation technique en formation universitaire. Les arguments des ordres professionnels ne les convainquent pas de cette nécessité sauf peut-être lorsque la tendance canadienne (et même internationale) va dans ce sens puisque certains membres peuvent alors craindre pour leur mobilité professionnelle si la formation québécoise demeure de niveau collégial alors que partout ailleurs elle deviendra de niveau universitaire. C'est ce qu'affirme par exemple l'Ordre des technologues en radiologie.

On reconnaît néanmoins que la formation actuelle doit être revue régulièrement et que dans plusieurs cas il serait avantageux d'avoir une formation plus grande de clinicien. Même si les ordres professionnels n'ont pas réussi à convaincre le ministère de l'Éducation, nos membres croient encore que la solution passe par un allongement de la période de formation au collégial. Il importe ici de souligner que même au niveau universitaire, tous les programmes de premier cycle ne sont pas de même durée (souvent trois ans mais aussi quatre ans). Ainsi, dans certains cas, le programme collégial pourrait comporter quatre années d'étude au lieu de trois et ainsi intégrer un volet clinique plus important.

Cet allongement est d'autant plus essentiel que nos membres sont catastrophés de constater que de nombreuses périodes de stages ont été écourtées, ce qui leur semble contre-productif à long terme.

Comme anciens stagiaires mais aussi comme travailleurs et travailleuses participant à l'encadrement de stagiaires, nos membres souhaitent soumettre trois considérations. Il faut préciser que ces considérations sont partagées par l'ensemble des travailleurs et travailleuses de tous les types d'emploi et de tous les secteurs d'activité.

- La recherche de lieux de stage est rendue plus difficile par l'alourdissement des fardeaux de tâches dans les établissements. Nos membres sont conscients du cercle vicieux que cela induit : une pénurie de main d'œuvre induit un fardeau de tâches plus élevé; accepter un stagiaire alourdit le fardeau de tâches temporairement (ou en continu si on en accepte régulièrement); ne pas accepter de stagiaires alourdit le fardeau de tâches parce que la pénurie ne diminue pas. Il y a

donc des syndicats qui ont boycotté les stages et n'ont recommencé à en accueillir qu'après l'ajout de nouveaux postes.

?? Il y a différentes façons d'assumer l'encadrement des stagiaires par les établissements d'enseignement. Ainsi, pour les inahalothérapeutes, dans la région de Québec, l'établissement d'enseignement paie pour la libération à temps plein d'un inhalothérapeute de l'établissement qui assure l'encadrement. À Montréal, ce sont les enseignants du Cégep qui donnent environ une demi-journée par semaine à chaque stagiaire et le Cégep accorde des primes (formule variable) aux inhalothérapeutes en poste. Pour la majorité, et dans d'autres types d'emploi, c'est évidemment la première formule qui est la plus performante. Il s'agit bien sûr des choix de l'établissement d'enseignement mais nos membres considèrent que la direction de leur établissement d'accueil pourrait avoir une influence sur ces choix.

?? Là où c'est pertinent, on croit aussi que les stages devraient permettre de toucher à tous les aspects du travail de la profession. Il n'est pas utile de spécialiser les étudiants dès la formation initiale afin d'éviter la fragmentation ou la création de permis d'exercice spécialisé. Il sera bien temps de le faire dans le cadre des activités de perfectionnement ou de formation continue qui pourraient être plus axées sur le travail concret à faire dans un service ou un établissement donné.

✍ Le cas des infirmières et infirmiers

Lors de nos consultations, deux personnes ont souligné que la création de programmes collégiaux de 4 ans se rapproche dangereusement des 5 années que comporteraient un programme collégial général (2 ans) et un programme universitaire (3 ans). *« Un jeune qui aurait le choix préférerait sûrement faire une année de plus pour obtenir un diplôme universitaire ».* Nous croyons que c'est ce qui se passe actuellement chez les infirmières et infirmiers.

Nos membres infirmiers et autres émettent des réserves importantes sur la tendance actuelle à remplacer les techniciennes par des bachelières et en plus à demander l'ouverture d'un deuxième cycle universitaire pour les infirmières praticiennes (« nurse practitionner »). Nous ne vous cacherons pas qu'il y a là, pour nous aussi, une crainte du « pouvoir » grandissant des infirmières. Mais il y a plus. Dans les milieux de travail, nous croyons que les besoins en infirmières techniciennes sont encore très élevés et que la substitution des techniciennes par les bachelières a des effets sur l'efficacité au travail. De plus, quelques expériences de création de postes d'infirmières en soins avancés (un équivalent d'infirmières praticiennes) nous font craindre que ces infirmières aillent chercher plus qu'une partie du travail des médecins. À l'Hôpital Sainte-Justine, en néonatalogie, au point de départ, les nouvelles infirmières en soins avancés effectuaient des tâches relevant auparavant des médecins résidents mais aussi des inhalothérapeutes. L'expérience a été loin d'être concluante et les inhalothérapeutes ont « retrouvé » leur place dans l'équipe de travail. Leur évaluation est qu'il est très difficile

pour l'établissement de recruter des infirmières en soins avancés et que plusieurs abandonnent devant l'ampleur de la tâche et le fait qu'elles sont payés au même niveau que les bachelières.

Nous sommes conscients de la tendance nord-américaine à recourir aux infirmières praticiennes ou aux médecins-assistants (physician assistants aux États-Unis). Cette tendance répond d'ailleurs à un de nos principes, celui de recentrer les personnels sur leurs tâches principales et de donner plus d'autonomie à divers professionnels, dont les infirmières. Nous croyons cependant qu'il faut éviter de créer une hiérarchie encore plus grande en donnant à ces nouveaux personnels des pouvoirs de contrôle sur d'autres personnels qui par ailleurs peuvent travailler en toute autonomie.

ET LA FORMATION CONTINUE ?

Même si nos membres n'adhèrent pas à des propositions qui auraient pour but ou conséquence de créer des classes et sous-classes au sein d'une même profession, ils sont cependant conscients qu'une forme de spécialisation s'installe dans toutes les professions, fonction du type d'établissement, de programme ou de clientèle. Ils croient cependant que la formation initiale doit viser un survol de tous ces types. C'est par la suite, en cours d'emploi, que la formation continue devrait permettre de s'initier à de nouvelles techniques ou pratiques et de développer une certaine spécialisation quand elle s'avère nécessaire. Nos membres croient qu'il est essentiel que les ordres professionnels (qui ont depuis peu l'obligation de s'assurer que leurs membres se forment régulièrement) et les syndicats travaillent de concert à la conception et la dispensation de cette formation continue. En effet, la formation continue telle que conçue dans le *Code des professions* est une responsabilité professionnelle qui doit être assumée par les individus, sur leur temps et avec leurs propres moyens (ou ceux de leur ordre professionnel) . Par ailleurs, les conventions collectives prévoient des sommes attribuées à des comités de perfectionnement et on croît que ces sommes pourraient être utilisées pour assurer la formation continue.

De plus, nos membres croient essentiels de s'assurer que les membres en place reçoivent le perfectionnement nécessaire (par une formation sur mesure si nécessaire) pour pouvoir investir de nouveaux champs de pratique et rester à niveau avec les nouveaux finissants. On craint que la stabilité de l'emploi dans un établissement et la mobilité du personnel entre diverses tâches ne soient pas très importantes pour un ordre professionnel. Il faut donc éviter que le mandat donné à ces derniers ne viennent en contradiction avec les aspirations légitimes des travailleuses et travailleurs syndiqués.

Nous sommes d'autant plus soucieux d'intervenir syndicalement en ce domaine que nous sommes conscients que nos membres assument déjà de lourdes tâches professionnelles en plus de leurs responsabilités sociales et familiales. Ce souci d'un équilibre travail-famile devrait nous conduire à des négociations demandant aux

employeurs de mieux assumer leurs propres responsabilités en matière de formation. Cela demandera aussi aux ordres professionnels de faire un arrimage respectueux des droits de travailleurs et travailleuses syndiqués dans l'offre de leurs services de formation continue tels offrir des cours en milieu de travail, durant les heures de travail, répondant aux besoins des établissements et des travailleurs et travailleuses (sur mesure). Il faudra enfin que les ordres professionnels reconnaissent que certaines formations, actuellement dispensées selon ces critères par d'autres catégories de personnel (les médecins par exemple), soient reconnues comme valides aux fins de la formation continue.

Nous ne pouvons conclure cette partie substantielle de notre mémoire sans souligner l'importance pour le ministère de l'Éducation d'associer non seulement les ordres professionnels mais aussi les organisations syndicales à ses travaux visant la révision des programmes de formation à l'intention des futurs professionnels de la santé et des services sociaux. Nous croyons que nos analyses à ce sujet ont fait une ample démonstration de l'expertise de nos membres ainsi que des possibles divergences d'opinion avec les ordres professionnels. Nous espérons que votre Groupe de travail saura porter ce message autant à la ministre de la Santé et des services sociaux qu'au ministre de l'Éducation.

Partie 4

La protection du public : des moyens pour l'atteindre

Comme représentante de près d'un demi million de citoyens et de citoyennes, la FTQ se doit de mettre aussi l'accent sur l'impression qu'a trop souvent la population que les ordres professionnels sont là, d'abord et avant tout, pour protéger leurs membres. Cette impression populaire, qui est en parfaite contradiction avec la mission principale des ordres, prend sa source, selon nous, dans le manque de transparence, la complexité et la judiciarisation des processus de traitement des plaintes. Mais aussi dans la grande autonomie d'action qu'ont les ordres professionnels. C'est pourquoi, dans cette partie du mémoire, nous proposons une analyse des rapports entre l'Office des professions et les ordres professionnels et des processus qui doivent ultimement assurer cette protection du public. Nous ne sommes pas des experts du système professionnel et n'avons pas crû bon de faire une analyse juridique très développée. C'est pourquoi, nous sommes conscients que nos suggestions devront être scrutées à la loupe juridique mais nous croyons cependant que les grands principes que nous défendons ont leur place dans la réflexion du Groupe de travail.

UN OFFICE DES PROFESSIONS PLUS « ENCADRANT » ?

Les ordres professionnels nous semblent avoir une trop grande liberté d'action, ce qui leur permet de déborder facilement du champ de la protection du public. Nous croyons donc que l'Office des professions devrait avoir plus de pouvoirs ou exercer ceux qu'il a déjà afin d'encadrer l'activité des ordres professionnels. Notamment en matière d'organisation du travail, nous sommes conscients que les ordres professionnels doivent s'assurer que celle qui est mise en place dans les établissements respectent le cadre légal mais nous croyons que le choix entre divers types d'organisation du travail qui respectent ce cadre légal doit être fait par les parties en place, employeurs et syndicats, sans interférence directe et indirecte des ordres professionnels.

Nous pensons aussi que si la notion de protection du public était mieux cernée, il serait plus facile pour l'Office d'intervenir de manière proactive afin de recentrer les ordres professionnels sur leur mission première. L'Office pourrait ainsi informer le public sur cette mission, établir des critères pour évaluer dans quelle mesure les ordres remplissent leur mission, les soutenir dans l'élaboration de méthodes d'évaluation, etc.[13] Il serait tout aussi important d'informer les membres des ordres professionnels qui nous semblent eux-mêmes assez mal connaître les raisons d'être de leur ordre. Lors de nos consultations, nous avons pu constater une diversité d'opinions de nos membres sur leur ordre professionnel. Certains ne sont même pas membres de leur ordre professionnel (à titre réservé) et d'autres songent à s'en retirer. Nous ne voulons

[13] De telles propositions avaient déjà été faites par de nombreux chercheurs notamment, Dussault Gilles, Jean Harvey et Henriette Bilodeau, *La réglementation professionnelle et le fonctionnement du système socio-sanitaire*, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Recherche 18, Juillet 1987, p.100.

pas et ne pouvons pas faire une analyse « scientifique » des différents ordres professionnels à partir de l'opinion des seules personnes que nous avons rencontrées même si elles ont émis des commentaires sur l'opinion généralisée des syndiqués qu'elles représentent. Nous croyons cependant nécessaire de soulever quelques-uns des constats qu'on peut tirer de leurs propos.

- Ce n'est pas la taille de l'ordre professionnel qui influe le plus sur l'opinion qu'on a de son ordre. Ainsi les inhalothérapeutes (environ 2 500 membres) autant que les infirmières et infirmiers auxiliaires (environ 16 500 membres) semblent très attachés à leur ordre professionnel.

- Le « militantisme corporatiste » de l'ordre est dénoncé par certains, bien reçu par d'autres. Ainsi les infirmières rencontrées regrettent que leur journal professionnel ne propose plus des articles sur le nursing mais serve plutôt d'instrument de propagande politique : pour la valorisation des bachelières, pour le modèle des infirmières praticiennes, contre l'apport d'autres professionnels telles les infirmières auxiliaires. Elles soulignent que l'ancien journal de l'OIIQ, *Nursing Québec*, avait une plus grande valeur parce qu'il y avait là une mine d'informations sur de nouvelles techniques par exemple. Elles ont aussi cité en exemple le *American Journal of Nursing*. D'un autre côté, les inhalothérapeutes et les infirmières et infirmiers auxiliaires apprécient le « militantisme corporatiste » de leur ordre en ce qu'il les défend contre l'invasion de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

- D'autres personnes ont peu ou pas d'attentes envers leur ordre professionnel, se demandant même s'il leur sert à quelque chose et s'il assure véritablement la protection du public. C'est le cas notamment des travailleurs sociaux qui se sentent d'ailleurs déjà fort contrôlés dans les établissements où ils travaillent et ne croient pas que l'ordre professionnel doit ajouter à ce contrôle (ce que cet ordre ne semble pas faire selon nos membres qui n'ont jamais reçu la visite de leur ordre).

- Les ordres qui offrent des formations sont généralement bien perçus par les membres et non membres. Ainsi, les technologistes médicaux apprécient ces formations auxquelles les non membres ont accès à un coût plus élevé que celui des membres. Ce qui ne semble pas causer problème puisque les employeurs remboursent ces frais sans rechigner à même l'enveloppe du perfectionnement.

Enfin, il nous semble que le Groupe de travail doit réfléchir au mandat actuel de l'Office des professions qui est de chapeauter l'ensemble du système professionnel québécois. Le secteur de la santé et des services sociaux regroupent à lui seul 26 des 44 professions et plus de la moitié des 265 000 professionnels québécois. Ces ordres professionnels et leurs membres s'inscrivent dans un réseau cohérent même si imparfaitement intégré, sauf peut-être pour ce qui est des conseillers d'orientation plus

liés au secteur de l'éducation.[14] Ne serait-il pas pertinent de créer un Office pour le seul secteur de la santé et des services sociaux? Comme c'est d'ailleurs le cas dans d'autres provinces dont l'Ontario. Nous ne sommes pas des experts en la matière mais croyons que le Groupe de travail ne peut faire l'économie d'une telle réflexion. En effet, on peut craindre que certaines de nos suggestions ou celles d'autres intervenants pourraient ne pas trouver une contrepartie dans d'autres domaines professionnels et que le gouvernement hésitera alors à introduire des changements ne s'appliquant pas à toutes les professions. De plus, dans l'optique de la protection du public, on peut penser que d'autres personnels actuellement non couverts par un ordre professionnel devraient, partiellement du moins, être mis sous « surveillance ». Dans le contexte actuel, la seule façon de procéder est de créer un nouvel ordre professionnel au risque de rigidifier encore plus l'organisation du travail. Mais avec un Office des professions de la santé et des services sociaux, il pourrait être plus facilement envisageable de surveiller l'évolution des pratiques et de peut-être donner à l'Office un pouvoir général de surveillance.

UN PUBLIC MIEUX REPRESENTE ?

Dans des organismes aussi autonomes que le sont les ordres professionnels, qui ont pour mission la protection du public, il est essentiel d'analyser quelle est la représentation du public. Selon les règles prévues au *Code des professions*, les représentants du public représente environ 25% des membres du Bureau d'un ordre et sont totalement absents des comités d'inspection professionnelle et de discipline. Et même au Bureau, environ le tiers de ces représentants dits du public peuvent provenir d'un autre ordre professionnel. Enfin, ces représentants du public sont nommés par l'Office et ne rendent pas de comptes à la population qu'ils devraient supposément représenter.

Si leur place minoritaire peut s'expliquer pour la gestion quotidienne d'un ordre, leur absence totale dans les instances qui doivent juger les écarts des membres de cet ordre entretient certainement le sentiment de la population quant à une « fausse » protection du public. Deux arguments peuvent être invoqués pour expliquer cette absence. La complexité technique du travail des membres des ordres et la confidentialité (secret professionnel) justifient l'absence de profanes pour l'inspection et l'évaluation des plaintes. Nous ne sommes pas d'accord avec ces arguments notamment en ce qui concerne la confidentialité puisque déjà, dans le réseau, des travailleurs et des travailleuses non couverts par un ordre professionnel ont accès à des informations confidentielles et sont tenus à un code de conduite respectant la confidentialité des informations. On pourrait imposer un tel code de conduite pour les représentants du public nommés dans les comités de discipline ou d'inspection. Il faut aussi constater qu'il existe d'autres lieux où le gouvernement a jugé bon de donner une

[14] La récente intégration des psycho-éducateurs dans cet ordre professionnel enlève peut-être un peu de cohérence à notre idée, ceux-ci travaillant surtout dans le secteur de la santé et des services sociaux et non dans le secteur de l'éducation.

place plus importante à des représentants du public dans des organismes disciplinaires comme c'est le cas par exemple pour les policiers.

La FTQ croit donc qu'il est important de faire une plus grande place à des représentants du public là où cela compte, dans les comités d'inspection professionnelle et de discipline. Même au Bureau, aucun de ces représentants ne devrait provenir d'un autre ordre professionnel afin d'assurer l'apparence d'impartialité qui, comme tout le monde le sait, est aussi importante que l'impartialité elle-même. Et pour qu'ils soient véritablement redevables à ceux et celles qu'ils représentent, il faudrait introduire un mécanisme de rapports annuels des représentants du public, rapports devant être rendus publics. Dans un Office des professions de la santé et des services sociaux, il pourrait même s'agir d'un rapport commun des représentants du public de tous les ordres professionnels réunis sous la gouverne de l'Office.

DES MECANISMES D'INSPECTION ET DE DISCIPLINE PLUS PERFORMANTS ?

Deux importants mécanismes visant à assurer la protection du public doivent être soumis à un examen approfondi[15]. Il s'agit des mécanismes de plaintes et d'inspection professionnelle. La FTQ croit qu'il importe de revoir le processus de plaintes de façon à le simplifier et le rendre plus accessible. L'Office des professions devrait aussi mener une campagne d'information publique visant à mieux faire connaître ce processus. Et les publications concernant les plaintes reçues, les plaintes non retenues et celles qui l'ont été devraient non seulement être publiques (ce qui est le cas) mais être publicisées (ce qui est rarement le cas à moins qu'un journaliste ne s'intéresse à un dossier spécifique). Cette publicisation pourrait faire partie du mandat de l'Office et non de celui des ordres professionnels.

Quant au travail d'inspection professionnelle, il faut bien constater qu'il y a peu d'études analysant l'ensemble des ordres professionnels. On peut bien sûr consulter les rapports annuels des ordres professionnels mais il est difficile d'avoir une vue d'ensemble de tout le réseau de la santé et des services sociaux. La seule étude couvrant l'ensemble des ordres du réseau remonte à près de 15 ans (1987). On y démontrait que le travail d'inspection des ordres professionnels était fort variable[16]. Les consultations que nous avons menées semblent démontrer qu'il en est encore de même. Certains professionnels rencontrés n'ont JAMAIS reçu la visite de leur ordre professionnel même s'ils pratiquent parfois depuis 20 ans. De plus, les recommandations faites après l'inspection ne sont pas toujours reçues positivement. Certains ont l'impression qu'elles ne « collent » pas à leur réalité ou qu'elles sont d'ordre si général qu'il n'était pas nécessaire de venir les rencontrer pour si peu. Dans quelques rares cas, nos membres affirment utiliser les rapports de leur ordre pour appuyer certaines de leurs

[15] La formation continue est aussi un moyen d'assurer la protection du public mais cela a fait l'objet de la troisième partie du mémoire.
[16] Dussault et al., 1987, déjà cité.

revendications auprès de l'employeur (par exemple pour de l'équipement ou une meilleure organisation physique du travail).

Malgré ses faiblesses, la FTQ croit quand même que le système d'inspection est le processus le plus important pour la protection du public parce que proactif et non disciplinaire. En principe, il s'agit en effet d'aider les professionnels et éventuellement les établissements à identifier leurs faiblesses pour ensuite leur soumettre des solutions visant à les corriger. Mais pour ce faire, il faut que l'Office des professions soit lui-même plus proactif et examine régulièrement la couverture des inspections de chaque ordre, les façons de faire l'inspection, le contenu des recommandations et leur suivi.

Conclusion

Nous comprenons que nombre des analyses que nous avons faites dans le présent mémoire pourront difficilement trouver écho dans des modifications concrètes au Code des professions. Nous croyons cependant qu'il est important de bien cerner les pratiques actuelles en matière d'organisation du travail puisque l'objectif de modifier ces pratiques doit être tenu en compte dans des modifications au *Code des professions*. Par ailleurs, avant de faire nos consultations, nous n'avions pas perçu l'importance que revêtent la formation initiale et la formation continue dans la protection éventuelle du public. Il s'agit pour nous d'un objet de négociation majeur et nous espérons que, comme pour la réorganisation du travail, on reconnaîtra la nécessité de l'implication syndicale notamment parce qu'il y a de potentielles divergences d'opinion entre nos membres représentés par leurs syndicats et les ordres professionnels. Enfin, nous tenons à insister sur la nécessité de mieux encadrer les divers ordres professionnels en donnant, si nécessaire, plus de pouvoirs à un éventuel Office des professions de la santé et des services sociaux.

DS/fv
sepb-57
2000 11 20
MémoireFTQ-OrdresProfessionnels.doc