

MÉMOIRE

Sur le projet de loi no 10 déposé le 15 février 2023 à
l'Assemblée nationale du Québec

CSSS - 004M

C. P. PL 10

Loi limitant recours agences de placement

*« Loi limitant le recours aux services d'une agence de placement
de personnel et à de la main-d'œuvre indépendante dans le
secteur de la santé et des services sociaux. »*

À remettre aux député(e)s membres
de la
Commission de la santé et des services sociaux

Envoyé par courriel pour dépôt dans le cadre des consultations particulières et auditions
publiques sur le projet de loi no 10

csss@assnat.qc.ca

Au soin de

Mme Stéphanie Pinault-Reid

Édifice Pamphile-Le May

1035, rue des Parlementaires, 3^e étage

Québec (Québec) G1A 1A3

Préparé par Georges Tormen, B.Sc., M.A.P.

Le 10 mars 2023

Table des matières

Table des matières	2
Introduction Raison d'être du projet de loi.....	3
Agences privées et TSO : même problématique	3
Chaîne causale pour comprendre et éviter le pire et l'indésirable	4
Causes externes et internes de la pénurie de main-d'œuvre dans le réseau de la santé.....	6
Planification de la main-d'œuvre et gestion prévisionnelle des RH.....	7
Gestion des remplacements dans le contexte des conventions collectives	8
Absentéisme du personnel et vacances de postes.....	8
Comparaison Infirmières syndiquées des établissements de santé et infirmières des Agences de placement.....	10
Quantité et qualité des effectifs en postes et des Agences	12
Infirmière : une vocation, un métier, une technique, une profession	13
Des montants d'argent en jeu énormes.....	15
Conclusion	16
Recommandations.....	18

Introduction Raison d'être du projet de loi

Dans le contexte actuel et plus général de pénurie de main-d'œuvre qui affecte les divers secteurs d'activités, mais plus spécifiquement dans le contexte de la pénurie de main-d'œuvre dans le secteur de la santé et des services sociaux, le Gouvernement a choisi, d'agir en limitant le recours aux agences de placement privées et à la main-d'œuvre indépendante qui fournissent du personnel de soins aux établissements de santé.

Cette mesure serait de nature à endiguer (à freiner) à elle seule ou associée à d'autres mesures (?) la pratique des établissements d'utiliser les services contractuels des agences et d'utiliser de la main-d'œuvre indépendante, - comme le dit lui-même le ministre Christian Dubé, « *comme mode de gestion* », - pour combler les besoins de personnel dans les établissements de santé et ce, à des coûts supérieurs aux salaires et primes (fixés aux conventions collectives) versés par le Gouvernement aux infirmières salariés et syndiqués des établissements de santé publics et privés conventionnés.

Cette mesure de limitation du recours n'a pas pour effet direct de garantir ou de provoquer le retour ou la réintégration d'une partie des 2500 infirmières, entre autres, qui travaillent présentement pour des agences privées.

Agences privées et TSO : même problématique

Pour éviter toutes ambiguïtés sur le processus de résolution de problème, il y a lieu de comprendre pourquoi le recours aux agences de placement et le recours à la main-d'œuvre indépendante dans le contexte présent de la pénurie de main-d'œuvre, constitue un problème et affecte les services de santé et les services sociaux.

Comment d'autres problèmes comme celui du TSO, de la défection avec la pandémie d'infirmières, de préposées aux bénéficiaires et autres professionnelles de la santé sont venus démobiliser une certaine partie des effectifs et rendre la carrière dans le réseau moins attractive et ont affecté la capacité des établissements à maintenir en poste des effectifs nécessaires et suffisants, compétents, motivés et disponibles.

En faisant appel aux lois, aux conventions collectives et aux pratiques, aux expériences et à la connaissance des structures et des modes de gestion, il est possible d'apporter un éclairage plus complet et dénouer l'enchevêtrement des problèmes actuels.

Il y a lieu de poser les bonnes hypothèses et vérifier que leur déploiement dans la réalité produit les effets et conséquences désirés.

Chaîne causale pour comprendre et éviter le pire et l'indésirable

Il nous vient à l'esprit l'image de la tricoteuse qui démêle un enchevêtrement de fils dont elle entend en faire une belle œuvre utile, avec le temps et la détermination, et, cette autre expression qui dit qu'il faut éviter que le remède soit pire que le mal.

Je vous propose la chaîne de déductions sur les causes et les effets suivants :

Si, en premier lieu, il y a **limitation du recours aux agences et recours à la main-d'œuvre indépendante**, il s'ensuit que :

- Il y a diminution du nombre de personnes des agences à venir « faire des heures » (de travail) dans les établissements et, par conséquent,
- Il y a augmentation du nombre d'heures d'absences qui ne seront pas remplacées,
- Il y a augmentation du risque que les services et les soins requis ne soient pas prodigués aux patients, ou le soient mais partiellement.

Et

Si, de plus, s'ajoute à cette première mesure, **l'abolition du temps supplémentaire obligatoire (TSO)**, il s'ensuit que :

- Il y a diminution du personnel qui était obligé d'effectuer ce travail forcé,
- Il y a augmentation du nombre d'heures de remplacement qui seront non couvertes, alors qu'elles étaient effectuées par le personnel régulier de l'établissement et de nombreux quarts de travail seront à découvert,
- Il y a augmentation du risque que les services et les soins requis ne soient pas prodigués aux patients.

Alors, force est de reconnaître que le Gouvernement et les établissements de santé ne peuvent mettre fin ni au recours aux agences ni au TSO aux risques de :

- Augmenter la surcharge du personnel en poste;
- Dégrader davantage les conditions de travail et le climat de travail actuels,
- Augmenter l'absentéisme pour cause d'invalidité,
- Augmenter la défection,
- Affecter la continuité et la qualité de services et de soins et, à la limite, provoquer des bris de soins et de services,
- Augmenter les temps d'attente

Or, dans le cadre de l'organisation du travail (OT) actuelle, les établissements de santé avec les effectifs de soins en poste ne pourront pas combler les besoins de remplacement.

Le Gouvernement a annoncé vouloir entreprendre avec les syndicats des discussions sur l'organisation du travail.

Ces discussions ne pourront trouver, de façon ni immédiate ni à court terme, des solutions aux problèmes de gestion des postes, des conditions de travail, du recrutement de personnel, de l'assiduité et de l'absentéisme, ainsi que la gestion des remplacements.

Il est évident que des discussions patronales syndicales sur une **révision de l'organisation du travail** obligeront les parties à ouvrir et renégocier certaines dispositions des conventions collectives; les négociations seront longues et ne pourront pas aboutir à combler rapidement les besoins de remplacement.

IMPORTANT!

Le Gouvernement n'a pas d'autres choix que de ménager la chèvre et le chou, c'est-à-dire éviter le bras de fer juridique avec les Agences; il devra continuer à recourir aux Agences privées et à la main-d'œuvre indépendante, sous certaines conditions (à négocier) tout en limitant les coûts, et, parallèlement entreprendre des discussions patronales syndicales sur une révision de l'organisation du travail global et sur l'introduction progressive des solutions négociées et priorisées.

Au cours des dernières décennies, il y a eu de nombreuses discussions patronales syndicales sur l'organisation du travail qui n'ont pas permis de trouver des solutions permanentes. Les succès particuliers n'ont pas été étendus à l'ensemble des établissements, à cause de réticences et/ou de conditions locales.

La dernière restructuration du réseau et des établissements de santé ont eu des impacts sur la gestion notamment des ressources humaines et ont alourdi les modes de fonctionnement.

Il y aurait lieu non pas de démanteler la structure organisationnelle actuelle, mais de corriger les faiblesses constatées; ce constat demande une réflexion, une révision et des améliorations tant aux niveaux de :

- **L'organisation du travail** afin de créer une coalition d'intérêts et d'efforts à la prestation des soins et des services;
- **La délocalisation et le déploiement de la gouvernance**, par la constitution d'une instance de gouvernance **locale** (autrefois le conseil d'administration) dans chaque établissement physique.
- **La ligne hiérarchique** par la nomination, de chefs cadres de proximité en mesure de supporter administrativement les équipes de travail, de gérer les listes de rappel locales en coordination avec les autres centrales de remplacement;
- **La révision de la technostucture** des CIUSSS et CISSS dans ses structures internes, ses effectifs et ses pratiques administratives.
- **La pertinence et l'évaluation de la productivité du support logistique** des services connexes;
- **L'identification des cultures d'établissement** résistantes à l'efficacité et à l'efficience de l'ensemble et les rapports de force interne entre différents groupes et la révision de l'impartition des décisions à des consultants externes qui désresponsabilisent les directions et cadres en place.

Causes externes et internes de la pénurie de main-d'œuvre dans le réseau de la santé

Il y a lieu de tenir compte des impacts des bouleversements et des ajustements des marchés dans tous les secteurs d'activités de la société et ce, à travers le monde et dans le cadre de la mondialisation des marchés, des impacts et des effets déstructurants de la pandémie de Covid-19 sur le fonctionnement des entreprises de production et de distribution, sur l'organisation du travail et la création de nouvelles opportunités d'emplois et sur la sur-sollicitation des services hospitaliers, et la surcharge quasi permanente de travail auxquelles s'ajoutent d'autres causes et leurs impacts comme :

- Le vieillissement de la population et,
- Le départ à la retraite des baby-boomers,
- Un taux de natalité en baisse,
- Le virage numérique des entreprises, dont l'expansion du télétravail et la dévalorisation du travail en établissement,
- La pénibilité du travail et des conditions de travail spécifiques à chaque emploi, à chaque entreprise et à chaque industrie;

Pour expliquer les problèmes de production, d'approvisionnement, d'augmentation de coûts, les entreprises dans de nombreux secteurs d'activités économiques blâment, mettent en cause, si l'on préfère, le travail plus que le capital, dont particulièrement la pénurie de main-d'œuvre.

Les causes internes de la pénurie de main-d'œuvre dans les établissements de santé se caractérisent par :

1. Le désintéressement des salariés de poursuivre dans le poste occupé,
 - a. Soit à cause de la précarité de l'emploi lui-même,
 - b. Soit aussi à cause de la pénibilité du travail et la pauvreté des conditions de travail,
 - c. Soit suite à la création de nouveaux postes dans d'autres secteurs d'activité, représentant autant d'opportunités,
 - d. Soit suite à la décision de certains employés d'entreprendre une nouvelle carrière,
 - e. Soit suite à l'opportunité de créer sa propre entreprise et donc son propre emploi.

2. Ce désintéressement ferait suite :
 - a. Aux détériorations des conditions de travail en santé,
 - b. À l'obligation de faire du temps supplémentaire,
 - c. Aux salaires et primes insuffisants pour être compétitifs avec ce qui se fait ailleurs et avec les nouveaux emplois disponibles,
 - d. À la concurrence d'autres secteurs économiques qui offrent une rémunération plus intéressante, des conditions de travail plus souples, et, des avantages sociaux supérieurs,
 - e. À cause de la concurrence des Agences elle-même; ces dernières offrent aux employés des services de santé la possibilité de travailler dans la santé, mais sans les contraintes des employés syndiqués des établissements de santé.

Les établissements de santé publics et privés sont donc doublement en compétition avec d'autres secteurs d'activités économiques, d'une part et d'autre part, ils sont aussi fortement en concurrence avec les agences privées (dites aussi « indépendantes ») de placement de personnel qui desservent le secteur de la santé et des services sociaux.

Les conséquences sont que les établissements de santé publics et aussi privés sont aux prises avec :

- Des démissions consécutives à la décision des infirmières en poste d'abandonner la profession d'infirmière,
- Des réductions de disponibilités de travail, soit par l'abandon de leur poste à temps complet, soit par la réduction de la disponibilité exprimée.

Il y a eu dans le passé un consensus patronal syndical de convertir les heures de remplacements soit en augmentant les heures des postes à temps partiel et les transformer au besoin en poste en temps complet.

Mais aujourd'hui, cette stratégie ne fonctionne plus aussi bien pour stabiliser la structure de postes, car les employées préfèrent désormais des postes à temps partiel réguliers, à raison de 3 ou 4 jours par semaine.

Planification de la main-d'œuvre et gestion prévisionnelle des RH

De toute évidence la planification de la main-d'œuvre et la gestion prévisionnelle des ressources humaines (GPMO) depuis plusieurs années n'ont pas fonctionné, telles qu'elles sont pratiquées, dans le réseau de la santé, au ministère de la Santé, au ministère de l'Éducation des gouvernements précédents et actuels.

La planification de la main-d'œuvre, c'est une démarche qui, selon le Gouvernement du Québec lui-même, permet de déterminer les besoins qualitatifs et quantitatifs des ressources humaines requises et de prévoir des plans d'action à mettre en place pour gérer les écarts relevés et s'assurer d'avoir le personnel suffisant pour offrir les services et les soins requis.

Une GPMO responsable et proactive aurait tenu compte de l'évolution des contextes et aurait pu trouver des moyens pour les inadéquations et s'adapter à la réalité; le tout réalisé dans la continuité de services, l'amélioration de l'OT et du travail lui-même et dans la mise en place des éléments en vue de la continuité de carrière des infirmières et des cadres de proximité.

Je suis réaliste en disant que le problème du recours **intensif, abusif et chronique** aux Agences de placement, à la main-d'œuvre indépendante et au TSO provient du fait qu'il y a eu du laxisme et un manque de volonté ferme de recruter, d'afficher, d'aménager des postes dans une organisation de travail qui reflète les aspirations personnelles, sociales, économiques et sanitaires de la population et tient compte des bouleversements engendrés par la globalisation et la désorganisation des marchés.

Gestion des remplacements dans le contexte des conventions collectives

Il faut reconnaître que les dispositions et les mesures négociées dans les conventions collectives n'ont pas non plus produit les effets escomptés qui concernent :

- Le nombre de postes requis et l'établissement et le respect de ratios patients/heures soins adéquats;
- Le régime de salaires et de primes;
- Les horaires de travail, incluant la distribution et la prise des congés annuels (vacances);
- L'aménagement du temps de travail et la conciliation travail-étude-famille;
- La gestion des absences-invalidités et de l'assiduité;
- Les dispositions des conventions collectives en matière de liste de rappel et d'expression des disponibilités;
- La création d'équipe volante composée de poste à temps complet et à temps partiel qui effectue les remplacements avant les salariés des listes de rappel;
- La gestion de la qualité de vie au travail et la gestion participative de l'organisation du travail.

En fait, les mesures d'exception que sont le temps supplémentaire obligatoire (TSO) et le recours aux Agences de placement et à la main-d'œuvre indépendante ont été détournées de leur fin spécifique et ont été utilisées tout bonnement comme des outils adéquats de gestion des remplacements et ont servis :

- 1- À combler une absence de titulaire dans des postes vacants qui n'ont pas été comblés, à la suite de l'affichage à l'interne et,
- 2- À remplacer dans des postes temporairement dépourvus de leurs titulaires, selon les causes d'absence prévues à la convention collective de travail.

Absentéisme du personnel et vacances de postes

L'augmentation des absences pour cause d'invalidité (surmenage, épuisement professionnel, accidents du travail, maladies) a un impact considérable sur la capacité limitée de remplacement des établissements, compte tenu de la baisse de disponibilité des employées détentrices d'un poste à temps partiel et des employées inscrites sur la liste de rappel (dite aussi liste de disponibilité).

Ces niveaux élevés d'absentéisme intensifient le besoin de personnel de remplacement et ajoutent aux conséquences de la pénurie de main-d'œuvre.

À nouveau, je rappelle que pendant des années des postes sont restés vacants et ont été comblés par les employées inscrites sur les listes de rappel (aussi appelées listes de disponibilité) et par les employées des Agences privées.

IMPORTANT!

La nouvelle génération de travailleurs et travailleuses ne se contente plus d'avoir un emploi permanent, d'accumuler de l'ancienneté, de l'assurance-invalidité et une bonne pension additionnelle, des congés payés et des vacances.

Elle recherche davantage:

- La qualité de vie au travail,
- Des emplois mieux payés,
- Des conditions de travail améliorées dont des horaires de travail allégés et souples,
- Des avantages sociaux additionnels,
- Des vacances (congés annuels) selon leur choix et préférences,
- De la formation continue d'appoint,
- Un plan de carrière évolutif.

IMPORTANT!

Comme les établissements de santé publics, particulièrement, sont en panne d'idées, de projets, de plans fonctionnels et de solutions, et, sont aussi en situation de demandeur devant la « rareté » de personnel intéressé à venir travailler pour le Réseau, cette situation a été l'occasion et l'opportunité d'affaires pour les Agences privées de placement de personnel d'ajuster leur offre à la hausse et d'entrer en concurrence avec les établissements de santé en matière de recrutement, de conditions de travail et de rémunération en offrant ce que le Réseau ne peut offrir aux infirmières.

Concrètement ou autrement dit, les Agences de placement ont augmenté leurs coûts demandés aux établissements de santé pour pouvoir payer aux nouvelles infirmières recrutées par elles des salaires et primes bonifiés et des avantages sociaux additionnels.

C'est donc dire que les établissements publics paient plus cher pour ravoir leurs ex-employées à nouveau, mais à titre de remplaçantes, alors que les établissements de santé sont dans l'incapacité de les garder sur la liste des employées de l'établissement.

J'insiste sur le fait que les Agences privées de placement accueillent le personnel démissionnaire des établissements de santé (nouveaux employés de l'Agence) en leur offrant des horaires de travail sur mesure, dans le respect des disponibilités et autres conditions formulées par l'infirmière. Je rappelle que les infirmières des Agences ne sont pas syndiquées et donc, ne sont pas soumises à une convention collective.

IMPORTANT!

Il y a lieu de penser que toutes les autres situations ou conditions de travail (tels que travailler le soir, la nuit, les fins de semaine, les congés fériés, dans des régions éloignées, dans tel type d'établissement, dans tel unités de soins ou services, avec des patients d'un certain profil, etc.) incombent en grande partie au personnel régulier des établissements.

Ce qui enlève de l'attrait et alourdit le portrait des conditions de travail, alourdit la charge de travail des infirmières syndiquées du réseau.

Comparaison Infirmières syndiquées des établissements de santé et infirmières des Agences de placement

Pour mieux comprendre, cet écart de conditions, comparons une infirmière syndiquée (elle paie une cotisation syndicale et ses conditions de travail sont régis par la convention collective) qui est détentrice d'un poste dans l'établissement de santé et l'infirmière de l'agence privée (« indépendante ») qui travaillent côte à côte.

L'infirmière salariée syndiquée d'un établissement de santé	L'infirmière salariée non syndiquée de l'Agence de personnel privée de placement
Elle reçoit le salaire et les primes prévus à la convention collective; Selon l'échelle de salaires, le même pour toutes les infirmières.	Elle reçoit un salaire et des primes supérieurs que l'infirmière syndiquée; Coût d'une infirmière pour le même nombre d'heures fournit par l'Agence est supérieur : auxquels s'ajoutent sur la facture : lefrais administratif, la marge de profit, etc.)
Elle paie une cotisation syndicale et a des droits et des obligations au terme de la convention collective.	Elle ne paie pas de cotisation syndicale et n'a aucune obligation aux termes de la convention collective parce qu'elle n'est pas une salariée syndiquée.
Elle travaille dans une unité de soins ou un service qu'elle connaît, physiquement et dont elle connaît les autres membres du personnel, les pratiques, les usages, les équipements et leur emplacement.	Elle travaille dans une unité de soins sans en être familière. Ce qui réduit son efficience et son efficacité.
Elle est titulaire d'un poste régulier à temps complet ou à temps partiel, dans une unité de soins, sur le quart de travail de son poste, aux heures établies aux horaires. Ce poste a été obtenu en faisant valoir son ancienneté.	Elle n'est pas titulaire de poste et elle n'est pas contrainte en termes d'unité, de quart de travail; l'ancienneté n'est pas un critère d'octroi.
Elle peut être réprimandée si son travail ne respecte pas les attentes de son supérieur immédiat et peut déposer un grief.	Elle ne peut pas être réprimandée en vertu des obligations prévues à la convention collective; mais elle peut être rapportée par

	<p>la Direction de l'établissement auprès de l'Agence de placement ou à l'OIIQ.</p> <p>Elle peut être réaffectée par l'Agence dans un autre établissement de santé, si elle ne fait pas l'affaire dans un établissement où elle a été demandée à faire un remplacement.</p> <p>Elle est rarement sujette à un suivi disciplinaire à l'OIIQ ; (cette affirmation est à confirmer).</p>
Elle est obligée de respecter les horaires de travail et travailler en alternance les fins de semaine, et prendre ses vacances, selon son ancienneté.	Elle n'est pas obligée de travailler en alternance les fins de semaine, elle choisit ses vacances et ses congés fériés et en informe l'Agence de son disponibilité.
Elle doit s'occuper du type de patients qu'elle n'a pas choisi et qui requiert toute son attention, pour laquelle elle a été formée.	Elle possède la prérogative de travailler uniquement en fonction de SES choix, SES préférences et SA disponibilité.
Elle connaît le profil de son patient et tient compte de ses besoins personnels, de ses habitudes, de ses limitations, de son plan de soins personnalisé et continu.	<p>Elle ne connaît pas le patient à qui elle va dispenser des soins, elle ne connaît pas l'organisation de soins, ni les particularités de l'organisation du travail et des équipements.</p> <p>Elle est donc moins productive, constitue un fardeau pour le reste de l'équipe en poste, et, fait le minimum de ce qui est attendu d'une infirmière.</p>
Elle consigne minutieusement l'évolution de sa santé de son patient et de ses réactions pour le suivi médical et infirmier.	<p>Elle exécute minimalement son travail puisqu'elle n'en connaît pas toutes les particularités et compte tenu de la charge de travail importante.</p> <p>Ses notes d'observation manquent de rigueur et de pertinence en regard de sa méconnaissance du patient qu'elle connaît peu ou pas du tout.</p>
Il ne faut pas oublier qu'en présence d'une infirmière de l'Agence, c'est le personnel régulier de l'établissement en poste sur l'unité qui doit voir à la « familiarisation » de l'infirmière de l'Agence.	Elle se présente à l'assignation que lui a été signifiée, échange des informations pratique sur les besoins de l'heure et entreprend sa tournée et a besoin de s'informer auprès des autres de l'équipe.
Elle peut bénéficier au besoin de formation d'appoint donnée par l'Employeur.	Le mécanisme de contrôle des compétences et des besoins de mises en jour en matière de formation ne sont pas de la responsabilité de l'Agence de placement.

Elle doit se présenter à son poste et exécuter le plan de travail et faire les suivis requis.	Elle peut demander à l'Agence d'être assignée ailleurs pour quelque raison que ce soit (n'aime pas l'équipe, n'aime pas les patients, soins trop complexes, surcharge de travail pour elle-même, établissements trop éloignés, etc.); Elle peut décider à la dernière minute de ne pas être disponible; Elle n'aura pas à faire de suivi le jour suivant, si son remplacement est changeant.
L'infirmière qui se déclare absente pour maladie se doit de se justifier médicalement et peut être contrôlée par l'Employeur.	L'infirmière de l'Agence qui se déclare malade n'a pas de justification à fournir et n'est pas soumise à aucun contrôle de la part de l'établissement.
Le travail d'équipe est une nécessité en termes de planification des interventions et constitue un rempart pour affronter les difficultés en groupe.	L'infirmière de l'Agence se contente d'intervenir en comblant au minimum le travail qui lui est demandé à défaut de s'intégrer dans les équipes de travail en place.

Quantité et qualité des effectifs en postes et des Agences

On est en 2021,

Or, « il n'y a jamais eu autant d'infirmières au Québec », dit Luc Mathieu, président de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Elles sont 80 500 inscrites au tableau de l'Ordre, mais encore faut-il les retenir, ajoute-t-il.

Caroline Larue, professeure titulaire et directrice du Centre d'innovation en formation infirmière de l'Université de Montréal, estime elle aussi que le nombre de personnes inscrites dans les programmes menant à la profession n'est pas en cause.

On en forme, des infirmières. Le problème est plus dans le fait que les infirmières n'éprouvent pas de plaisir au travail. Elles vont ailleurs : soit elles vont dans les Agences, soit elles font du demi-temps, ou elles se réorientent après quelques années.

Caroline Larue, professeure titulaire et directrice du Centre d'innovation en formation infirmière de l'Université de Montréal.

Qui plus est, dit-elle, les infirmières sont sous-utilisées par rapport à leurs compétences.

« C'est une source de démotivation quand tu ne peux pas faire d'examen physique, si tu ne peux pas ausculter des poumons parce que dans ton milieu, ça ne paraît pas bien. Les infirmières sont tirées vers le bas plutôt que vers le haut », estime la directrice du Centre d'innovation en formation infirmière. »

Source : « Pénurie d’infirmières dans le réseau Une question de formation ou de rétention? Article de Marie-Eve Morasse, publié dans La Presse, le 9 septembre 2021 .

Je suis certain que le grand nombre d’infirmières et autres catégories d’employées qui travaillent pour les Agences de placement et qui sont « louées » aux établissements de santé sont des employées consciencieuses, compétentes et respectueuses des personnes qu’elles soignent.

Mais au lieu d’attendre que des changements qui ne viennent pas dans le réseau public, alors en l’absence d’un statut *révisé*, d’une organisation du travail qui évite la surcharge de travail et le TSO, elles ont choisi de travailler pour les Agences et ainsi se donner des conditions de travail *améliorées* et pour une meilleure rémunération.

Dans le réseau, des conditions de travail détériorées et une durée de travail qui sont de plus en plus incompatibles avec leurs attentes en matière de mode de vie changent leur perception de la profession et de la carrière d’infirmière dans Réseau de santé public,

Dorénavant et ce plus en plus, elles préfèrent travailler pour les Agences.

Elles ont des raisons personnelles, familiales et sociales pour préférer la liberté (le libre choix) que leur offrent les Agences de placement privées, car elles ne sont plus prêtes à accepter d’occuper un poste régulier dans le réseau, en termes de contraintes d’horaire de travail, de quart de travail, de durée et de surcharge de travail, de prise de vacances, de type de patients à soigner, etc.

IMPORTANT!

On pourrait donc présumer que l’image publique de la profession, la profession elle-même, la dégradation du statut, du rôle de l’infirmière, le mal-être des personnes qui sont infirmières, les conditions de travail (en termes de surcharge, de TSO, le sous-effectif requis) affectent l’attraction, en regard à la profession, et affecte désormais, la rétention, la fidélisation et la continuation de la carrière en établissement de santé.

Infirmière : une vocation, un métier, une technique, une profession

On a longtemps entretenu l’idée qu’être infirmière était une vocation, puis il a bien fallu que le Gouvernement reconnaisse que d’être une infirmière est une profession; c’était en 1963.

Il suffit de se rappeler que :

« À l’époque, la loi sur l’assurance hospitalisation vient d’entrer en vigueur (1961). Mais l’hôpital Sainte-Justine continuait à être géré comme « une œuvre de charité », rétribuant ses infirmières moins de 70 \$ par mois. Au même moment, la fréquentation de l’hôpital atteint des sommets inégalés, les médecins refusant en outre de réduire le nombre de lits occupés. Les infirmières, débordées et constamment appelées à faire des heures supplémentaires, ne suffisent plus à la tâche. « Les patients étaient des enfants fragiles et demandaient beaucoup de

surveillance. Les infirmières étaient inquiètes. Elles se disaient que s'il arrivait un malheur, elles allaient être blâmées », soutient Madeleine Morgan. »

Source : Le Devoir, article de Etienne Plamondon Emond, le 28 octobre 2013,

Il est assez étonnant de voir à nouveau la profession d'infirmière être tiraillée entre la vocation et le métier :

Vocation ← Profession → Métier

Du côté vocation, on invoque un choix de vie, une passion, un dévouement qui confine à la charité, on exerce et met en action le plan clinique des patients dont on est responsable, et, du côté métier on invoque les tâches manuelles et concrètes, l'application de techniques et des interventions physiques et des tâches concrètes.

Trop souvent les infirmières et infirmiers du Québec sont perçues comme des « bras ». Pourtant, ces professionnels autonomes, dotés d'un jugement clinique et d'une expertise distincte, contribuent à améliorer le système de santé.

Source : <https://www.oiq.org/l-ordre/plus-que-des-bras>

La profession des corporations professionnelles aujourd'hui définit un statut social et regroupe les personnes qui ont réussi les études qui y mènent et qui sont désormais membres de la corporation et dont la pratique, les actes appartiennent à un champ d'exercices et activités réservés.

J'ajouterai que leurs habiletés et leurs connaissances vont au-delà de la maîtrise des techniques infirmières. La compétence infirmière met en jeu un savoir, un savoir-être, et un savoir-faire auprès des patients dans un contexte de travail d'équipe au sein d'un établissement de santé. Elles exercent entre autres des fonctions lui permettant de planifier, organiser et évaluer ses interventions.

Ce qu'il faut comprendre et réaliser c'est qu'à l'heure actuelle l'exercice de la profession d'infirmière se fait dans des conditions qui ne favorisent pas l'atteinte des objectifs de sa raison d'être, de sa contribution et de ses interventions.

Ce mal-être vient des tensions qui s'exercent sur elle :

Vocation

Sentiment de culpabilité

Sentiment d'impuissance

Sentiment de dévalorisation



Profession

Blâmes déontologiques

Menaces de poursuites disciplinaires

Stress – dépréciation-démotivation



Métier

Surcharge

TSO

Travail en équipe déficiente dans le présent contexte

Selon la FIQ, les conditions qui caractérisent l'environnement et le contexte de pratique sont :

- *Une gestion désincarnée;*
- *Un soutien clinique déficient;*
- *Un contexte défavorable à l'exercice infirmier;*
- *Un retard technologique et scientifique à combler de façon urgente.*

C'est entre autres ce qu'expose le « *Rapport des commissaires sur les états généraux de la profession infirmière 2021 intitulé Reconnaître et transformer la pratique infirmière au Québec Un changement porteur d'avenir* » .

Les 31 recommandations qui concluent le rapport sont de nature à consolider le rôle de l'infirmier et à s'assurer d'attirer, de recruter, de retenir et de permettre aux infirmières de gérer leur profession et leur carrière au sein du réseau public, d'atteindre leurs objectifs personnels et professionnels et d'exercer leur profession en établissement de santé public de façon engagée.

Disons de plus que si un grand nombre d'entre elles retournent encore au chevet des patients dans les établissements de santé publics, c'est qu'elles ont à cœur le soin de la personne malade (que cette dernière soit une patiente, une résidente ou une cliente).

Les journaux nous rapportent qu'il s'agit d'environ 2500 infirmières dont une grande partie a quitté leur poste pour être engagées par les Agences privées et revenir travailler dans les établissements du secteur de la santé et des services sociaux pour exécuter un travail qui ne peut atteindre, pour les raisons que j'ai exposé, les niveaux de prestations du personnel régulier puisque somme toute ses remplaçantes sont là pour combler par leur présence une absence, alors qu'elles n'ont pas la connaissance des soins personnalisés requis par le patient, puisqu'il s'agit de remplacement fait dans des conditions minimales de connaissance, de suivi et d'attention.

Des montants d'argent en jeu énormes

IMPORTANT!

Plusieurs acteurs sociaux en ont brossé un tableau inquiétant des coûts engendrés par cet état de choses : ces dépenses auraient pu servir à des investissements profitables pour améliorer les conditions de travail des infirmières, des autres employés et celles des cadres et l'aménagement des milieux de soins.

Conclusion

On a vu que si l'infirmière est une employée salariée syndiquée de l'établissement de santé ou si elle a quitté son poste et y retourne comme employée de l'Agence de placement, dans ce dernier cas ce statut (d'employée de l'Agence non-syndiquée) lui donne des privilèges, des conditions de travail et de rémunération améliorées par rapport à l'infirmière employée de l'établissement, pour une prestation de travail minimale et aussi une prise de responsabilité minimale .

En ce sens, l'infirmière de l'établissement de santé et l'infirmière de l'Agence qui auraient les mêmes qualifications, les mêmes formations, les mêmes compétences, le même nombre d'années d'expérience, et dans le même cadre de travail et ayant les mêmes patients à prendre soin, reçoivent des rémunérations différentes, alors que l'une est assujettie à des conditions de travail prévues à la convention et qui lui créent des obligations, alors que l'autre pst son contrat avec l'Agence de placement lui donne un salaire et des primes supérieurs et des avantages au niveau du choix des assignations, sans autres obligations.

Cette fois-ci ce n'est plus l'employée syndiquée, mais la personne non-syndiquée qui est avantagée. Ces deux infirmières ont donc un statut, un traitement et des conditions de travail différents, voire inégaux.

IMPORTANT!

Cette situation apparaît contraire aux normes qui règlent et balisent l'activité du travail, qui assurent la qualité de la prestation de travail, plus spécifiquement la prestation de soins.

Cette situation ne va pas dans le sens du respect de la profession d'infirmière, ni à long terme des intérêts des travailleuses elles-mêmes, ni des directions d'établissement, ni de la population à recevoir des soins en quantité et en qualité suffisantes et dans des conditions de travail adéquates.

En d'autres termes, il y va du respect des normes sociales de travail admissibles au Québec.

Il n'est donc pas étonnant de voir les tensions se multiplier et monter d'un cran et de devoir rappeler à tout le monde que toutes formes de violence verbales et psychologiques ne sont pas admissibles dans les échanges et dans les prestations de soins et de services.

De plus, la situation de la santé actuelle est perçue pour les infirmières du réseau, les patients et la population en général, comme une situation qui confine au manque de dignité et ne répond pas aux principes de morale, de bienséance et de justice du Québec.

C'est toute la population du Québec qui en pâtit.

C'est la responsabilité et l'imputabilité des élus politiques, celles des corporations et ordres professionnels, celles des syndicats, celles des gestionnaires d'établissements que l'on doit questionner.

Il en découle une perte de respectabilité, une perte de convivialité, une perte de sociabilité, une perte de responsabilisation et d'imputabilité.

Cet état de choses critique, *crisique* ne contribue pas à créer des conditions de travail équitables et égales et de ce fait génère des pertes de productivité et une perte d'efficacité économique, administrative, sociale et sanitaire.

J'ajoute qu'il y a dégradation de l'image public et de la confiance de la population.

Cet état de choses ne contribue ni à la continuité ni à l'amélioration de la qualité du soin et du service et elle est inutilement coûteuse, car elle maintient les organisations dans un état sous-optimal.

De plus, les mesures en place actuellement ne sont pas une solution adéquate, que l'on ne peut pas non plus qualifier de provisoire puisqu'elle perdure depuis des années et produit des effets cumulatifs néfastes sur le personnel en place, les futures candidates à la profession d'infirmières et les autres catégories d'employés en santé et ultimement sur les patients et la population en général.

En fait, le projet de loi no 10 propose une mesure considérée comme une solution temporaire, dont le fondement est incertain et insatisfaisante, en termes de planification de la main-d'œuvre et de gestion prévisionnelle des ressources humaines, en y incluant la gestion de carrière des infirmières.

Il ne peut y avoir dans un même établissement public, deux types de conditions d'emploi pour un même titre d'emploi, une même profession: les infirmières syndiquées d'un bord qui doivent respecter les conditions de rémunération et de travail négociées par le syndicat, et, de l'autre bord les infirmières non syndiquées ayant de meilleures conditions de rémunération et de travail pour une même assignation du travail.

Une à qui on demande plus que le maximum sous peine de sanctions et l'autre qui fournit le minimum requis dans le cadre de son remplacement!

IMPORTANT!

Il y a une façon de résoudre cette situation et éviter d'entretenir une forme de discrimination entre l'infirmière de l'établissement et l'infirmière de l'Agence : c'est de faire en sorte que dans l'établissement, l'infirmière de l'agence devienne une infirmière d'établissement!

Que dans un milieu de travail, un même établissement et dans le réseau public et privé, toutes les infirmières détiennent le même statut, ont les mêmes responsabilités et les mêmes conditions de travail et de rémunération et une gestion intégrale de carrière.

Les établissements de santé publics et aussi privés qui ont recours aux agences payent les Agences des montants impressionnants, c'est-à-dire supérieurs aux salaires et primes prévus aux conventions collectives. Cet argent payé aux Agences ne servira pas à mettre en place des solutions permanentes du réseau de la santé. Cet argent est l'argent de la dépendance des établissements publics aux ressources externes, indépendantes et privées.

Il suffit de prendre connaissance de la divulgation des montants payés par les établissements de santé publics qui ont été publiés dans les journaux pour en connaître l'importance.

Quant aux établissements privés, leurs propriétaires n'ont pas d'autres choix que de recourir au marché libre; cependant, il y a lieu d'en changer les règles pour en assurer la rentabilité et le respect des ententes des établissements ayant un statut de privés conventionnés et les établissements privés qui opèrent aussi dans un cadre législatif et réglementaire.

Recommandations

1. Continuer de recourir aux Agences privées et à la main-d'œuvre indépendante, mais sous certaines conditions à négocier et tout en limitant les coûts. Le Gouvernement n'a pas d'autres choix que de ménager la chèvre et le chou, car la situation présente rend nécessaire et inévitable de maintenir ses liens d'affaires avec les Agences.
2. Éviter de s'engager dans des luttes juridiques contre les Agences.
3. Créer un comité permanent de travail patronal-syndical-et-autres partenaires pour étudier la problématique, trouver des solutions et faire le suivi des plans de mesures à mettre en œuvre.
4. Non pas démanteler la structure organisationnelle actuelle des services de santé et des services sociaux, mais renforcer les faiblesses constatées; ce constat demande une réflexion, une révision et des améliorations en mode continu à divers niveaux.
5. En matière d'organisation du travail, créer une coalition d'intérêts et d'efforts à la dispensation des soins et des services et entreprendre en mode accéléré et continu des discussions patronales syndicales sur une révision de l'organisation du travail global et introduire progressivement les solutions négociées.
6. En matière de ligne hiérarchique, responsabiliser chaque direction d'établissement, en tant qu'entité physique.
7. Envisager de reformer des conseils d'administration ou de créer une instance de gouvernance au niveau local, i.e. dans chaque établissement physique.
8. Nommer des chefs cadres en mesure de supporter administrativement les équipes de travail, de gérer sur place le temps de travail l'absentéisme et l'assiduité, de gérer sur place les besoins de remplacement.
9. Réviser les structures internes, les effectifs et les pratiques administratives de la technostructure des CIUSSS et CISSS;
10. Repenser le support logistique des services connexes;
11. S'interroger sur les cultures d'établissements qui résistent à l'efficacité et à l'efficience de l'ensemble.
12. Réviser les plans de planification de la main-d'œuvre et les modes de gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre des CISSS, des CIUSSS et du ministère de la Santé en relation avec le ministère de l'Éducation.

13. Inclure la gestion des carrières des infirmières dans le cadre des plans d'action en matière d'attraction, de recrutement, de maintien et de rétention des infirmières des établissements de santé.
14. Décentraliser la gestion des listes de rappel et créer un mode de gestion de réseau local.
15. Réviser le projet de loi no 10 pour y inclure les recommandations proposées de 1 à 14 du présent Mémoire.