



Mémoire de la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec

**Sur le projet de loi n° 15, Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux
plus efficace**

Présenté à la Commission de la santé et des services sociaux

9 mai 2023

Ce document a été produit par et pour la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ). Notre organisation encourage la diffusion et la distribution de ses idées, valeurs et principes. Ainsi, sauf avis contraire, la reproduction en totalité ou en partie de ce document est autorisée à des fins non commerciales. La mention de la source est cependant obligatoire.

Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ)

565, boulevard Crémazie Est, bureau 12100

Montréal (Québec) H2M 2W3

Téléphone : 514 383-8000

Télécopieur : 514 383-0311

Sans frais : 1 877-897-0057

www.ftq.qc.ca

Dépôt légal – 2^e trimestre 2023

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN 978-2-89639-530-1

Table des matières

Introduction.....	3
1. Mise en contexte.....	4
1.1 Des réformes qui ont déstabilisé le réseau.....	4
1.2 Un projet de loi précipité.....	5
1.3 Présentation de la réforme.....	6
1.4 Un projet de loi qui rate sa cible.....	8
2. Santé Québec : séparer les orientations des opérations.....	9
2.1 Une agence opérationnelle, neutre et imputable : vraiment?.....	10
2.2 Une opération de centralisation.....	11
2.3 Une imitation inquiétante des façons de faire du secteur privé.....	12
2.4 Une porte ouverte à la privatisation.....	14
3. Des impacts potentiels sur les conditions de travail.....	15
3.1 L'effet incertain de Santé Québec.....	16
3.2 La mobilité : une arme à double tranchant.....	17
3.3 L'enjeu des CHSLD privés.....	18
4. Des impacts sur le droit d'association et les relations de travail.....	19
4.1 Le droit d'association est un droit fondamental.....	19
4.2 Quels types de relations de travail avec un employeur unique?.....	20
4.3 Le cas des établissements privés conventionnés.....	21
4.4 Une proposition gagnant-gagnant.....	22
4.5 Les services paramédicaux de santé.....	22
5. Des actions urgentes pour le système de santé.....	23
5.1 Une première ligne efficace.....	23
5.2 Réduire la part du privé en santé.....	24
5.3 Revoir la place des médecins.....	25
5.4 Bonifier l'offre de soins et de services.....	26
Conclusion.....	27

Introduction

La Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ) est la plus grande centrale syndicale québécoise avec plus de 600 000 membres partout au Québec et dans tous les secteurs d'activité. Dans les établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux, deux affiliés de la FTQ, soit le Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP-Québec) et le Syndicat québécois des employées et des employés de service, section locale 298 (SQEES-298), représentent environ 40 000 travailleurs et travailleuses. D'autres syndicats affiliés sont également présents dans le secteur des soins de santé, particulièrement dans les résidences privées pour personnes âgées (RPA) et les ressources intermédiaires et de type familial.

Après des décennies de réformes et de compressions, en plus de la pandémie de COVID-19, les failles du système de santé se sont transformées en lignes de fracture. Les différents gouvernements qui se sont succédé portent aujourd'hui une lourde responsabilité par rapport à la situation actuelle. Les citoyens et les citoyennes ne reçoivent plus les soins et les services auxquels ils ont pourtant droit. Les listes d'attente pour les chirurgies ont explosé. L'accès à un médecin de famille demeure toujours problématique et les groupes de médecine familiale (GMF) n'ont pas rempli leurs promesses. On continue d'attendre de longues heures à l'urgence. Les conditions de travail se sont dégradées à un tel point que l'on peine à attirer et retenir les personnes salariées. Un consensus assez fort se dessine voulant que le système de santé ne fonctionne pas comme il le devrait et que des changements en profondeur doivent s'opérer. La FTQ se positionne donc en faveur de toutes les réformes qui visent à solidifier le système de santé et de services sociaux et ainsi améliorer la santé et le bien-être des Québécois et des Québécoises.

Dans un contexte où les attentes sont élevées et que la population réclame des changements, la centrale reste perplexe face au projet de loi n° 15, *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*, déposé le 29 mars 2023. Fallait-il, encore une fois, revoir de fond en comble les structures du réseau et procéder à une autre opération de centralisation pour améliorer son efficacité? En quoi la modification du régime de négociation collective et la fusion des unités d'accréditation vont-elles régler la pénurie de main-d'œuvre, l'organisation du travail déficiente et le sous-financement du réseau? Est-ce que les Québécois et les Québécoises auront un meilleur accès à un médecin de famille après cette réforme? Pourquoi plonger les syndicats, qui représentent de manière légitime les intérêts des travailleurs et des travailleuses, dans une autre période d'incertitude et d'instabilité? Selon notre lecture, ce projet de loi ne semble pas constituer une réponse convaincante pour régler les problèmes les plus pressants du système et pourrait, au contraire, entraîner des conséquences néfastes. Bref, nous ne sommes pas convaincus de la nécessité de plusieurs pans de ce projet de loi.

Dans ce mémoire, la FTQ souhaite adopter une approche constructive qui, tout en soulignant les écueils du projet de loi n° 15, vise à proposer des solutions porteuses pour améliorer le système de santé et de services sociaux. Il n'en demeure pas moins que les délais excessivement courts pour étudier ce projet de loi volumineux n'ont pas permis à la centrale de procéder à une analyse en profondeur. Il aurait été préférable de donner davantage de temps afin de bien analyser l'impact de cette réforme majeure. Cette approche n'a rien de rassurant d'un point de vue démocratique.

Dans ce contexte, la centrale n'a eu d'autres choix que de se concentrer sur certains sujets. Ainsi, après une brève description du projet de loi et du contexte dans lequel il s'inscrit, la FTQ souhaite d'abord discuter de la mise sur pied de l'agence Santé Québec.

Nous préciserons par la suite les raisons pour lesquelles nous ne sommes pas convaincus de sa pertinence. Puis, la centrale abordera les impacts de la réforme sur les conditions de travail ainsi que sur les relations de travail. Finalement, nous souhaitons présenter quelques solutions porteuses pour améliorer le système de santé et de services sociaux.

1. Mise en contexte

Avant de présenter plus en détail l'analyse de la FTQ sur le projet de loi, une brève mise en contexte s'impose. En effet, le réseau de la santé et des services sociaux n'a cessé d'être perturbé que ce soit par des réformes, des compressions ainsi qu'une pandémie. Or, le gouvernement paraît extrêmement pressé d'opérer des changements sans avoir consulté adéquatement en amont les divers acteurs du réseau et sans en avoir bien évalué les effets. Il est pourtant reconnu qu'une gestion du changement réussie nécessite une réelle participation des parties prenantes ainsi que du temps. Faire autrement peut entraîner des conséquences dramatiques. En outre, on doit faire le constat que ce projet de loi n'atteint pas nécessairement son principal objectif, soit de rendre plus efficace le système de santé et de services sociaux.

1.1 Des réformes qui ont déstabilisé le réseau

Un travailleur ou une travailleuse qui cumule plusieurs décennies d'ancienneté dans le réseau de la santé et des services sociaux a dû composer avec l'instabilité et les compressions durant toute sa carrière. Au cours des années 1990, cette personne a subi les contrecoups du déficit zéro du gouvernement péquiste. En 2003, elle a dû s'adapter à la fusion de plusieurs établissements, menant à la création des centres de santé et de services sociaux (CSSS), à la fusion des unités d'accréditation et à une révision du régime de négociation collective dans les secteurs public et parapublic. En 2005, le gouvernement libéral violait le droit d'association de tous les travailleurs et les travailleuses en imposant des conditions de travail par voie de loi spéciale. Avec le projet de loi n° 10 présenté en 2014, elle a vécu d'autres bouleversements sous Gaétan Barrette, ancien ministre de la Santé et des Services sociaux, qui a lui aussi procédé à une fusion des établissements et des unités d'accréditation. C'est sans compter la période d'austérité du gouvernement libéral qui a grandement affecté les conditions de travail dans le réseau de la santé et des services sociaux. Pendant des décennies, la FTQ et ses syndicats affiliés ont mis les gouvernements en garde contre les effets néfastes de ces réformes pour la population ainsi que pour les travailleurs et les travailleuses. Ces avertissements n'ont pas été pris au sérieux. La pandémie a constitué un choc majeur qui a été amplifié en raison des vulnérabilités du système de santé. Pendant cette crise sanitaire, le gouvernement a suspendu plusieurs droits prévus aux conventions collectives tout en imposant des conditions de travail par voie de décrets.

C'est dans ce contexte que le gouvernement a déposé en avril 2022 le Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé (Plan santé), lequel repose sur quatre fondations : le personnel, les données, les technologies et les infrastructures¹. Dans ce document, on y annonçait l'intention de mettre sur pied un plan pour décentraliser le réseau ainsi que séparer les orientations et les opérations entre le ministère et le réseau de la santé et des services sociaux. Cela dit, on ne précisait pas comment le gouvernement entendait traduire de telles intentions de manière concrète. En juin 2022, la sous-ministre Dominique Savoie a déposé un rapport sur la gouvernance du réseau qui contenait plusieurs recommandations². Durant la campagne électorale, en août 2022, la Coalition Avenir Québec (CAQ) a annoncé qu'elle créerait l'agence Santé Québec si elle était de nouveau portée au pouvoir³. À première vue, il semblait s'agir d'une réforme essentiellement administrative, et rien ne laissait présager l'ampleur de l'actuel projet de loi.

1.2 Un projet de loi précipité

Dans le dossier de la santé et des services sociaux, nous sentons un très grand empressement de la part du gouvernement. Cela donne l'impression que l'on construit l'avion en plein vol alors que la population — qui représente en quelque sorte les passagers et les passagères de cet appareil — ne sait pas exactement où on se dirige. Sur une question aussi importante que l'avenir du système de santé et de services sociaux, une telle attitude préoccupe fortement la FTQ. Nous sommes d'avis que des changements sont absolument nécessaires, mais il faut également prendre le temps de bien faire les choses. Avant même la publication du Plan santé, le gouvernement avait déjà commencé à entreprendre des réformes en santé. Le projet de loi n° 11, qui vise l'offre de services par les médecins omnipraticiens, a été présenté en novembre 2021 et adopté en juin 2022. Le projet de loi n° 19 sur les renseignements personnels de santé, qui est mort au feuillet en 2022, a été présenté de nouveau dans une forme similaire et adopté au début du mois d'avril 2023. En légiférant ainsi, avant même d'avoir présenté un plan complet, la centrale se demande si le gouvernement improvise ou manque de transparence quant à ses réelles intentions. Lors des consultations de 2014 sur le projet de loi n° 10, nous demandions la publication d'un livre blanc, accompagné d'études sérieuses, sur les effets des diverses propositions avant que celles-ci n'entrent en vigueur⁴. Malheureusement, nous constatons encore une fois que les réformes se succèdent à un rythme effréné et que leurs impacts ne sont pas nécessairement bien évalués.

¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé*, 2022, p. 34, [En ligne] [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/gouvernement/MCE/memoires/Plan_Sante.pdf].

² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), *Une gouvernance renouvelée du réseau de la santé et des services sociaux*, juin 2022, 39 p., [En ligne], [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-210-21W.pdf>].

³ COALITION AVENIR QUÉBEC (CAQ), *Création de l'agence Santé Québec*, 17 août 2022, [En ligne] [<https://coalitionavenirquebec.org/fr/blog/2022/08/17/creation-de-lagence-sante-quebec-pour-mieux-repartir-les-roles-dans-le-systeme-de-sante/>].

⁴ FÉDÉRATION DES TRAVAILLEURS ET TRAVAILLEUSES DU QUÉBEC (FTQ), *Mémoire sur le projet de loi n° 10, 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*, 14 mars 2023, p.14, [En ligne] [<https://ftq.qc.ca/wp-content/uploads/2023/03/Memoire-FTQ-PL10-agences-privees-2023-03-14.pdf>].

Nous sommes inquiets de la suite des choses, alors que le ministre de la Santé et des Services sociaux souhaite que le projet de loi n° 15 soit adopté avant la fin des travaux parlementaires en juin⁵, ce qui selon nous serait très difficile à réaliser à moins d'avoir recours au bâillon, soit une procédure antidémocratique visant à limiter la durée du débat.

Après la publication du Plan santé, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a convoqué les organisations syndicales et des associations de gestionnaires à une série de rencontres. On cherchait d'abord à mieux comprendre les difficultés d'implantation et les conditions favorisant le succès de la mise en œuvre du Plan santé. La FTQ et ses syndicats y ont participé de bonne foi, mais ont compris qu'il ne s'agissait pas d'un véritable espace de dialogue où il était possible de proposer des améliorations ou de discuter d'éléments qui ne s'y trouvaient pas. Nous déplorons cette attitude, considérant que le dialogue social a démontré sa pertinence à de multiples reprises, notamment lorsque les organisations syndicales ont proposé des solutions pour faire face à la pandémie dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Alors que les intentions gouvernementales initiales laissaient entrevoir une réforme administrative somme toute mineure, les jours qui ont précédé le dépôt du projet de loi ont plutôt annoncé le contraire. En examinant ces dispositions, nous constatons que plusieurs n'ont jamais fait l'objet d'annonces ou de consultations. Par exemple, à aucun moment le gouvernement n'a laissé entendre qu'il souhaitait fusionner l'ensemble des établissements et des unités d'accréditation. Cela suscite plusieurs questions quant à la volonté réelle du gouvernement de consulter et d'impliquer les organisations syndicales et les autres acteurs dans la transformation du réseau de la santé et des services sociaux. On peut penser que, parallèlement aux consultations avec les organisations syndicales, le gouvernement était déjà en train de rédiger le projet de loi. La FTQ souhaite collaborer avec le gouvernement pour régler les problèmes les plus pressants du système québécois de santé, mais encore faut-il qu'il y ait de l'espace et de la volonté politique.

1.3 Présentation de la réforme

Avec 300 pages et 1 180 articles qui viennent modifier plus d'une trentaine de lois, en plus d'abroger la loi issue de la réforme Barrette⁶, le projet de loi n° 15 constitue une réforme d'envergure. Son objectif vise avant tout à rendre plus efficace le système de santé et de services sociaux par divers moyens. Sa finalité et les moyens associés sont détaillés dans l'article 1 : « [...] mettre en place un système de santé et de services sociaux efficace, notamment en facilitant l'accès à des services de santé et à des services sociaux sécuritaires et de qualité, en renforçant la coordination des différentes composantes du système et en rapprochant des communautés les décisions liées à l'organisation et à la prestation des services ».

⁵ Anne-Marie LECOMPTE, « L'opposition doute qu'il soit possible d'adopter d'ici juin le projet de loi 15 en santé », *Radio-Canada*, 30 mars 2023, [En ligne] [<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1967381/projet-loi-sante-dube-etude-commission-parlementaire>].

⁶ QUÉBEC, *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, Éditeur officiel du Québec, 2015, [En ligne] [www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/O-7.2].

Pour atteindre de tels objectifs, le projet de loi n° 15 procède essentiellement à une réorganisation complète du réseau de la santé et des services sociaux, ce qui signifie, en d'autres mots, de revoir les structures. Pour ce faire, le gouvernement crée l'agence Santé Québec, laquelle serait responsable des opérations, c'est-à-dire d'offrir des services de santé et de services sociaux à la population. Pour sa part, le MSSS serait chargé de fixer des objectifs, de définir des orientations ainsi que de superviser le système dans son ensemble. Le projet de loi délimite donc clairement les rôles du ministère et ceux de l'agence (articles 19 à 29). D'ailleurs, une partie du personnel du ministère sera ainsi déplacé au sein de cette nouvelle entité.

Toutefois, cette réorganisation va beaucoup plus loin en fusionnant tous les établissements publics au sein d'une même entité, soit Santé Québec (article 1087)⁷. Ainsi, les CISSS et les CIUSSS deviendraient des établissements territoriaux rattachés à l'agence. Les établissements non fusionnés actuels, comme le CHUM, l'Institut Philippe-Pinel ou encore l'Institut de cardiologie, deviendraient quant à eux des établissements autres que territoriaux. C'est principalement grâce à Santé Québec que le gouvernement espère améliorer l'efficacité du système et renforcer la coordination entre ses différentes composantes. Historiquement, de telles modifications aux structures du réseau, comme celles ayant mené à la création des CSSS ou des CISSS, ont provoqué des effets déstabilisateurs et ont nécessité plusieurs années d'adaptation.

La création de Santé Québec modifie également les processus décisionnels dans le réseau, ce que certains qualifient de « nouvelle gouvernance⁸ ». Santé Québec sera chapeauté par un conseil d'administration composé de 13 membres qui sera soumis à la *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État*. La nouvelle agence sera dirigée par un « président et chef de la direction » (PCD) nommé par le gouvernement. Ainsi, les conseils d'administration des CISSS et des CIUSSS seront abolis pour être remplacés par des conseils d'établissement. Divers comités seront constitués par le conseil d'administration, notamment un comité national de vigilance et de qualité. Le conseil d'administration sera également responsable de nommer des PDG dans chacun des établissements.

Outre ces changements de « gouvernance », le projet de loi aura aussi un impact sur les organisations syndicales. Comme prévu à la *Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales*, les fusions d'établissements mènent automatiquement à la fusion des unités d'accréditation. Le projet de loi n° 15 n'y fait pas exception et s'inscrit dans la même tendance que celles des dernières réformes où le gouvernement n'a cessé de réduire le nombre d'unités d'accréditation plutôt que de respecter la volonté des travailleurs et des travailleuses. L'objectif de la réforme consiste donc à faire de Santé Québec l'employeur unique du réseau et à négocier uniquement avec quatre syndicats, soit un pour chacune des catégories d'emploi. Cela implique que toutes les organisations syndicales présentes dans les établissements publics auront à s'engager dans une campagne de maraudage contre-productive et inutile.

⁷ À noter que le projet de loi n° 15 ne s'applique pas à certains territoires associés à des communautés autochtones, comme précisé à l'article 4.

⁸ QUÉBEC, *Mémoire au conseil des ministres, Projet de loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*, 17 mars 2023, p.41-42, [En ligne] [[extension://elhekieabhbkmcefcoobjddigjcaadp/https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/gouvernement/MCE/dossiers-soumis-conseil-ministres/2023-0024_memoire.pdf](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/gouvernement/MCE/dossiers-soumis-conseil-ministres/2023-0024_memoire.pdf)].

Nous aborderons plus loin les impacts négatifs de cette fusion tout en formulant une proposition qui permettrait au gouvernement de respecter l'esprit de sa réforme par la création d'un employeur unique, tout en maintenant les unités d'accréditation et en évitant à toutes les parties de se plonger dans une période de maraudage qui ne servira ni le gouvernement, ni la population, ni le personnel, ni les syndicats.

Évidemment, cette réforme vient toucher à plusieurs autres aspects du système de santé et suscite d'importantes questions. Pensons au rôle que pourrait jouer Santé Québec dans l'administration du nouveau régime concernant les données personnelles en santé (projet de loi n° 3). Comme le projet de loi stipule que Santé Québec peut financer ses activités de diverses manières (article 87), est-ce que Santé Québec pourrait vendre les données de santé des Québécois et des Québécoises sans leur autorisation? La population du Québec mérite des explications quant à de possibles activités commerciales que pourraient entreprendre Santé Québec.

1.4 Un projet de loi qui rate sa cible

Comme mentionné antérieurement, les objectifs du projet de loi sont multiples. Que ce soit pour rendre le réseau plus efficace ou encore favoriser la gestion de proximité. Certains points seront abordés plus en détail dans les sections subséquentes de ce mémoire. La centrale aimerait néanmoins attirer l'attention du gouvernement sur l'objectif principal du projet de loi qui vise à rendre plus efficace le système de santé et de services sociaux. D'après une publication de l'Institut canadien d'information sur la santé, l'efficacité « reflète la mesure dans laquelle les objectifs du système de santé sont atteints compte tenu des ressources investies⁹ ». Conséquemment, il apparaît important que chaque dollar investi ait le maximum d'impact sur la santé et le bien-être de la population québécoise. À cet effet, une étude estime que la performance du système de santé canadien est extrêmement faible comparativement à des pays similaires¹⁰. Ainsi, certains pays ont des dépenses de santé moindre en pourcentage du PIB, tout en obtenant des résultats de santé supérieurs. À cet égard, nous rejoignons l'analyse du gouvernement : le système de santé québécois pourrait être plus efficace.

Cela dit, peut-on raisonnablement croire que l'ensemble des mesures contenues dans le projet de loi n° 15 auront l'effet escompté en matière d'efficacité? Est-ce qu'une réforme de structure constitue la meilleure façon d'atteindre cet objectif? Bien que la centrale n'ait pas été en mesure d'analyser ce projet de loi en profondeur, elle émet de sérieux doutes quant aux prétentions du gouvernement. D'abord, les multiples réformes de structure n'ont généralement pas eu l'effet escompté, car elles ne s'attaquent pas à la source des problèmes du système de santé : mauvaises conditions de travail, accès difficile à un médecin de famille, méthodes de gestion inhumaines, insuffisance des mesures de prévention, place trop importante du secteur privé, manque de lits dans les hôpitaux, insuffisance des soins à domicile, etc.

⁹ INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Mesurer l'efficacité du système de santé canadien et ses déterminants*, p.1, [En ligne] [[extension://elhekieabhbkmcefcobjddigicaadp/https://secure.cih.ca/free_products/HSE_TechnicalReport_FR_w eb.pdf](https://secure.cih.ca/free_products/HSE_TechnicalReport_FR_w eb.pdf)].

¹⁰ THE COMMONWEALTH FUND, *Mirror, Mirror 2021: Reflecting Poorly. Health Care in the U.S. compared to other high-income countries*, [En ligne], [www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly].

De plus, la mise sur pied d'une agence n'est pas nécessairement gage de performance¹¹. L'agence albertaine existe depuis maintenant une quinzaine d'années et rien n'indique qu'elle est plus efficace¹².

Mais d'autres mesures permises par la création d'une agence pourraient vraisemblablement contribuer à améliorer l'organisation des services à la population et assurer une meilleure fluidité. La création d'un seul dossier patient, une meilleure transmission de l'information, la gouvernance clinique, le principe de subsidiarité ou encore, la présence d'un gestionnaire par établissement, sont quelques-unes des mesures qui pourraient favoriser l'efficacité du système.

La FTQ estime donc que le projet de loi n° 15 dispose d'un potentiel très limité d'amélioration du système de santé et de services sociaux dans son ensemble. Plusieurs des solutions les plus porteuses se trouvent ailleurs et nous aurons l'occasion d'en aborder quelques-unes dans le cadre de ce mémoire. En outre, la FTQ a toujours prôné une vision plus globale de la santé et du bien-être qui embrasse plus large. La vision gouvernementale semble toutefois se limiter au cadre strict des soins et des services déjà offerts dans le réseau. Pourtant, plusieurs autres facteurs ont un impact sur la santé des Québécois et des Québécoises notamment, la qualité du logement, l'offre alimentaire, les conditions de travail, le revenu ou l'environnement physique. Le Plan santé ne fait qu'effleurer les inégalités sociales et les déterminants de la santé, lesquels ont pourtant un impact majeur sur la santé des Québécois et des Québécoises. C'est pourquoi le gouvernement est condamné à l'incohérence en plaidant d'un côté pour un système de santé plus humain et efficace, tout en refusant des mesures qui auraient pourtant des effets extrêmement positifs sur la santé de la population comme la hausse du salaire minimum ou encore la mise sur pied d'un régime public et universel d'assurance médicaments.

2. Santé Québec : séparer les orientations des opérations

Pour le gouvernement, l'évidence saute aux yeux : il faut créer une agence afin de séparer les orientations des opérations dans le réseau de la santé et des services sociaux. On cite abondamment plusieurs analyses produites par des personnes expertes, dont le rapport Clair déposé en 2000. En tant que telle, la FTQ n'a pas d'opinion arrêtée concernant la création d'une agence responsable des opérations du réseau de la santé et des services sociaux. Après tout, chaque pays ayant un système d'assurance maladie public et universel dispose de structures qui lui sont propres et qui reflètent son histoire et ses structures politiques. Une telle agence pourrait contribuer ou non à améliorer les services et les soins offerts à la population. À nos yeux, il ne s'agit pas d'une solution miracle.

¹¹ Carey DOBERSTEIN, « Assessing the promise and performance of agencies in the government of Canada », *Canadian Journal of Political Science*, (2022), 55, 600-618, p.602.

¹² DESAUTELS LE DIMANCHE, « Réforme du réseau de la santé : le gouvernement Legault peut-il réussir? », Entrevue avec Damien Contandriopoulos, *Radio-Canada*, 2 avril 2023, [En ligne] [<https://ici.radio-canada.ca/ohdio/premiere/emissions/desautels-le-dimanche/segments/entrevue/438686/reforme-reseau-sante-gouvernement-legault-peut-il-reussir-damien-contandriopoulos>].

Cela dit, nous estimons que la création de Santé Québec va beaucoup plus loin qu'une simple séparation entre orientations et opérations. Elle s'appuie sur les mêmes valeurs et façons de penser que les réformes des dernières décennies, ce que certains nomment la nouvelle gestion publique¹³. Malgré les prétentions du gouvernement, à peu près tous et toutes reconnaissent que l'agence viendra encore plus centraliser le réseau de la santé et des services sociaux, ce qui n'est pas souhaitable.

Sa mise sur pied annonce également un affaiblissement démocratique et une imitation des façons de faire du secteur privé, lesquels n'ont pas leur place en matière de services publics. Selon nous, cette nouvelle entité favorisera encore plus la privatisation en santé, privatisation à laquelle nous nous opposons fortement. Et c'est pour cette raison que nous ne sommes pas convaincus du bien-fondé de l'agence Santé Québec.

2.1 Une agence opérationnelle, neutre et imputable : vraiment?

Pour la FTQ, la séparation entre opérations et orientations apparaît fictive. Les orientations déterminées par le ministère et les budgets alloués auront un impact direct sur les opérations, c'est-à-dire sur les services offerts à la population. En effet, l'agence Santé Québec ne pourra pas faire de miracles sans de nouveaux investissements dans le réseau. Prenons l'exemple du projet de loi n° 10, récemment adopté, visant à limiter le recours aux services des agences de placement de personnel et à de la main-d'œuvre indépendante. Leur élimination ne dépend pas juste de la bonne volonté des personnes dirigeantes, mais de ce que le gouvernement est prêt à faire dans le cadre de la présente négociation collective pour retenir et attirer le personnel. Conséquemment, le politique n'est jamais bien loin de l'opérationnel. Il en est de même pour d'autres sociétés d'État comme Hydro-Québec. Aussi, les personnes qui gèrent les opérations, ainsi que les travailleurs et les travailleuses, devraient pouvoir contribuer à l'élaboration des orientations, car ce sont eux qui sont sur le terrain. Il serait également souhaitable que les grandes orientations fassent l'objet d'un débat public, car après tout, le système de santé et de services sociaux appartient à la population québécoise.

En ce qui a trait à la neutralité de cette agence, nous demeurons sceptiques. Celle-ci sera amenée à prendre des décisions de nature politique, par exemple, sur le fonctionnement des établissements, l'allocation des ressources entre les régions et sur la manière d'organiser le réseau. Ces décisions n'ont rien de neutre. Contrairement à une chaîne de production dans une entreprise manufacturière, il n'existe pas une seule et bonne manière « d'optimiser » le fonctionnement du réseau. Les personnes qui seront nommées pour occuper les plus hautes fonctions proviendront probablement en majorité du secteur privé¹⁴ et risquent d'apporter avec elles des valeurs, des façons de faire et une conception bien particulière de la performance qui ne cadrent pas nécessairement avec celles des travailleurs et des travailleuses sur le terrain ou de la population québécoise. Pensons par exemple à l'utilisation de plus en plus courante d'indicateurs quantitatifs par le ministère pour mesurer la performance du réseau.

¹³ Isabelle FORTIER, « La modernisation de l'État québécois. La gouvernance démocratique à l'épreuve des enjeux du managérialisme », *Nouvelles pratiques sociales*, Université du Québec à Montréal, 2010, 17 p. [En ligne] www.erudit.org/fr/revues/nps/2010-v22-n2-nps3883/044218ar/].

¹⁴ Tommy CHOUINARD, « Dubé veut recruter des " top guns " au privé », *La Presse*, 20 mars 2022, [En ligne] www.lapresse.ca/actualites/sante/2023-03-20/sante-quebec/dube-veut-recruter-des-top-guns-du-prive.php].

Bien que ceux-ci puissent être utiles, ils comportent d'importantes limites et peuvent entraîner de nombreuses répercussions indésirables¹⁵. En effet, il peut être très difficile de comparer la performance d'un établissement de Montréal à un autre se situant à Sept-Îles. Aussi, les indicateurs ne peuvent à eux seuls saisir toute la complexité du réseau et bien traduire ce qui se passe sur le terrain. Selon nous, la performance doit se mesurer autant, sinon davantage, en termes qualitatifs.

Quant à l'imputabilité, la centrale comprend les intentions du ministre de donner plus de marge de manœuvre aux gestionnaires ainsi qu'un rôle de supervision au MSSS. Toutefois, elle tient à rappeler que la mise sur pied d'une agence, avec un président et chef de la direction (PCD) et les PDG des différents établissements, ne change rien au fait que l'état du réseau de la santé découle de choix politiques. Malgré la complexité du système et sa grande taille, le gouvernement demeure ultimement responsable. Comme plusieurs, la FTQ craint que les gestionnaires ne deviennent des boucs émissaires ou des paratonnerres si les choses vont mal dans le réseau. Il s'agit là d'un risque réel comme on a pu l'observer en Alberta il y a de cela une dizaine d'années¹⁶. Malgré l'intention de séparer orientations et opérations, le ministre pourra toujours intervenir dans les opérations en émettant une directive à Santé Québec « portant sur l'administration, l'organisation, le fonctionnement ou les actions de celle-ci » (article 26). Il s'agit là d'une mesure avisée pour faire contrepoids face aux décisions potentiellement erronées de gestionnaires non élus.

Recommandation n° 1 :

La FTQ demande que le projet de loi prévoie une évaluation indépendante du fonctionnement de Santé Québec quelques années après sa création afin de s'assurer que celle-ci réponde adéquatement aux objectifs fixés par la loi.

2.2 Une opération de centralisation

Sur toutes les tribunes, le ministre de la Santé et des Services sociaux ne cesse de répéter que le projet de loi n° 15 constitue une vaste entreprise de décentralisation. Tout comme une multitude d'autres acteurs, la FTQ ne fait pas du tout la même lecture de la situation¹⁷. Il s'agit plutôt de l'inverse : on assiste à une opération sans précédent de centralisation¹⁸. La centrale ne comprend pas pourquoi on souhaite encore aller dans cette direction alors que les liens entre centralisation et efficacité sont ténus¹⁹.

¹⁵ Pierre-Marc DAIGNEAULT, « Tableau de bord en santé : prometteur ... à condition d'éviter les pièges », *Options politiques*, 7 juin 2022, [En ligne] [<https://policyoptions.irpp.org/magazines/june-2022/tableau-de-bord-en-sante-prometteur-a-condition-deviter-les-pieges/>].

¹⁶ CBC, « Alberta health board replaces controversion CEO », 24 novembre 2010, [En ligne] [www.cbc.ca/news/canada/edmonton/alberta-health-board-replaces-controversial-ceo-1.886067].

¹⁷ Fanny LÉVESQUE, « Michel Clair émet des bémols », *La Presse*, 5 avril 2023, [En ligne] [www.lapresse.ca/actualites/sante/2023-04-05/sante-quebec/michel-clair-emet-des-bemols.php].

¹⁸ Émilise LESSARD-TERRIEN, « Agence Santé Québec ou la centralisation des pouvoirs », *Le journal de Montréal*, 3 avril 2023, [En ligne] [www.journaldemontreal.com/2023/04/03/agence-sante-quebec-ou-la-centralisation-des-pouvoirs].

¹⁹ Damien CONTANDRIOPOULOS ET COLL. (2014). *Analyse logique des effets prévisibles du projet de loi n° 10 et des avenues d'intervention souhaitables*. Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux. [En ligne] [http://www.irspum.umontreal.ca/Portals/0/Bulletin/Memoire_loi10_DContandriopoulos.pdf].

Les syndicats affiliés à la FTQ peuvent également témoigner des ravages occasionnés par les multiples réformes centralisatrices des dernières décennies. Pourtant, le projet de loi n° 15 comprend des objectifs et des principes avec lesquels nous sommes d'accord, soit de respecter le principe de subsidiarité ainsi que de rapprocher les communautés des décisions liées à l'organisation et à la dispensation des services. Malheureusement, rien dans ce projet de loi ne nous permet de croire que les communautés des différentes régions pourront exercer davantage d'influence sur les soins et les services offerts sur leur territoire et être capables de mettre en place diverses initiatives.

Ce fossé entre les intentions du gouvernement et les résultats potentiels de cette réforme en matière de centralisation découle probablement des différentes conceptions que l'on s'en fait. Dans le projet de loi n° 15, l'essentiel de la décentralisation passe par la nomination de gestionnaires d'établissements qui seraient plus proches des équipes et du terrain. Il ne s'agit pas vraiment de décentralisation, mais de déconcentration du pouvoir entre un plus grand nombre de personnes gestionnaires. En outre, la centrale se demande quelle sera la véritable marge de manœuvre de ces gestionnaires face aux PDG d'établissements ainsi qu'au PCD de Santé Québec. Seront-ils vraiment autonomes ou feront-ils partie d'une structure hiérarchique verticale²⁰? Conséquemment, nous doutons que la seule mesure de « décentralisation » atteigne son objectif dans un contexte où l'uniformité semble davantage désirée.

Au contraire, le projet de loi est marqué par la centralisation ainsi qu'un désir d'uniformité dans le réseau. D'abord, l'ensemble des établissements seront fusionnés à Santé Québec. Bien que cela puisse permettre une meilleure fluidité dans l'accès aux services, cela demeure tout de même de la centralisation. Les pouvoirs seront concentrés au sein du conseil d'administration ainsi qu'entre les mains du PCD. Les conseils d'administration des établissements actuels seront transformés en conseils d'établissement dont les membres seraient nommés par Santé Québec. Cela s'accompagnera également d'une fusion des unités d'accréditation qui vise à uniformiser l'ensemble des conditions de travail. Au-delà des déclarations d'intention gouvernementales, le caractère centralisateur du projet de loi s'impose comme une évidence.

2.3 Une imitation inquiétante des façons de faire du secteur privé

Avec la mise sur pied de Santé Québec, on vient également revoir la manière dont les décisions se prennent dans le réseau de la santé et des services sociaux. Le gouvernement s'inspire encore plus des façons de faire du secteur privé en matière de gouvernance et rétrécit davantage les quelques espaces démocratiques qui restaient dans le réseau. On observe une importante concentration du pouvoir entre les mains de quelques individus. Le réseau semble donc se diriger vers encore moins de démocratie qu'auparavant. Il s'agit d'une réforme complexe où l'on crée plusieurs nouveaux comités. Considérant le temps imparti, nous nous concentrerons sur l'essentiel.

D'abord, Santé Québec sera administré par un conseil d'administration (CA) de 13 membres et il sera soumis aux différentes dispositions de la *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État*. Cela signifie donc que les deux tiers des membres devront être indépendants selon les critères de la loi. Pour la FTQ, cela fait porter au réseau un risque important considérant les intentions du gouvernement de recruter au sein du secteur privé. La centrale estime que le CA ne peut pas se priver de l'expertise et de la compétence de ceux et celles qui connaissent le réseau de la santé et des services sociaux.

²⁰ *Op. cit.*, Fanny LÉVESQUE, 18.

Si les membres du CA proviennent en majorité d'autres secteurs, leur contribution sera moindre et ils ne pourront pas nécessairement jouer leur rôle de manière efficace. Il est d'ailleurs de plus en plus reconnu que les administrateurs qui n'ont pas de lien avec une organisation nourrissent peu les discussions dans un CA²¹. Ce même CA devra être composé d'au moins 40 % de femmes selon les critères de cette même loi alors que les CA des CISSS et des CIUSSS devaient comporter autant de femmes que d'hommes. Il s'agit donc d'un recul pour l'égalité.

Le CA devra également constituer un comité national de vigilance et de la qualité (article 47) qui aura, comme son nom l'indique, le mandat de surveiller les activités de Santé Québec. Un tel comité sera également créé au sein de chaque établissement de Santé Québec. Toutefois, la centrale ne comprend pas pourquoi ce comité national n'est pas plus indépendant par rapport au conseil d'administration. Le CA de Santé Québec ne devrait pas avoir la responsabilité de nommer les personnes qui auront à surveiller les activités de l'agence. Ce CA aura également la responsabilité de nommer un comité national des usagers dont le fonctionnement et la composition seront précisés dans un règlement intérieur. D'autres modalités de fonctionnement y seront également déterminées.

Santé Québec sera dirigé par un président et chef de la direction (PCD) qui sera nommé par le gouvernement sur recommandation du CA. Le PCD aura sous son autorité l'ensemble des PDG des établissements territoriaux et autres que territoriaux. La centrale tient à rappeler que le réseau de la santé et des services sociaux ne peut tout simplement pas être géré comme n'importe quelle entreprise privée. L'intention de recruter les « top guns » du secteur privé pour occuper les plus hautes fonctions de Santé Québec nous laisse perplexes. Il s'agit d'un ensemble beaucoup plus complexe et penser que l'on réglera le problème en recrutant les bonnes personnes au sommet de la pyramide tient de la pensée magique. Pour des changements en profondeur, il faudra mobiliser l'ensemble des acteurs, ce qui inclut les travailleurs et les travailleuses ainsi que les organisations syndicales.

Aussi, les conseils d'administration des CISSS et des CIUSSS (établissements publics) seront remplacés par des conseils d'établissement dont la vocation sera purement consultative. Leurs membres seront nommés par le CA de Santé Québec. La composition des conseils d'établissement nous préoccupe fortement. Le projet de loi prévoit que ceux-ci seront formés de cinq usagers de l'établissement ainsi que d'une personne de ces quatre milieux : le milieu communautaire; le milieu de l'enseignement et de la recherche; le milieu des affaires ainsi que le milieu municipal (article 107). Malheureusement, on constate que les travailleurs et les travailleuses n'en font pas partie. Pourtant ceux-ci ont une connaissance fine des milieux de travail et peuvent contribuer à l'amélioration des services offerts à la population. La FTQ conteste le choix d'accorder une place d'office au milieu des affaires. Quelle est leur expertise en la matière? S'agit-il d'un interlocuteur nécessaire pour faciliter la privatisation en santé?

Mis à part dans le cadre d'un conseil d'établissement, comment les communautés vont-elles pouvoir délibérer et prendre des décisions qui les concernent? On éloigne le pouvoir des citoyens et des citoyennes pour le concentrer encore plus entre les mains de personnes dirigeantes, notamment les PDG et les gestionnaires d'installation. En commission parlementaire, le ministre de la Santé et des Services sociaux a semblé ouvert à des suggestions visant à donner une plus grande voix aux populations locales²².

²¹ Warren BUFFET, « Letter to shareholders », *Berkshire Hathaway Annual Report*, 2002, p.17.

²² Fanny LÉVESQUE, « Christian Dubé songe à ajuster sa réforme », *La Presse*, 23 avril 2023, [En ligne] [www.lapresse.ca/actualites/sante/2023-04-23/decentralisation-en-sante/christian-dube-songe-a-ajuster-sa-reforme.php].

La FTQ encourage le ministre à réfléchir à de telles avenues dans le but de démocratiser le réseau. Il apparaît important que les travailleurs et les travailleuses du réseau puissent contribuer à ces discussions considérant qu'ils sont très bien placés pour diagnostiquer les problèmes et contribuer à l'élaboration de solutions.

Recommandation n° 2 :

La FTQ demande une plus grande démocratisation du réseau de la santé et des services sociaux par une plus grande implication de la société civile ainsi que de la population ou à tout le moins, la mise en place de garde-fous pour mieux surveiller le PCD et le CA de Santé Québec.

La FTQ demande au gouvernement que l'Assemblée nationale soit responsable de nommer les membres du comité national de vigilance et de la qualité. Ce même comité devrait aussi être responsable pour la nomination des comités de vigilance et de la qualité des établissements de Santé Québec.

La FTQ recommande une plus grande diversité de profils pour la composition des conseils d'établissement, notamment en incluant les représentants et les représentantes des travailleurs et des travailleuses.

2.4 Une porte ouverte à la privatisation

Selon certains, le projet de loi constitue une menace additionnelle en matière de privatisation. Pensons aux craintes liées au recours accru à des services fournis par des établissements privés, à la possibilité que les médecins puissent pratiquer à la fois au public et au privé ou à la privatisation de certaines installations publiques²³. Bien que plusieurs dispositions du projet de loi soient sensiblement les mêmes que ce que l'on retrouve actuellement dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), la FTQ partage de telles inquiétudes. De plus, la centrale ressent un profond malaise à laisser de telles décisions, qui sont fondamentales pour l'avenir du système de santé et de services sociaux, à des personnes non élues qui sont nommées par le gouvernement ou par un conseil d'administration.

Au-delà des dispositions contenues dans le projet de loi, ce sont surtout les intentions du gouvernement qui préoccupent la centrale. Celui-ci a mentionné très clairement qu'il souhaitait que le secteur privé prenne plus de place en santé, que ce soit pour rattraper les retards accumulés en chirurgie à cause de la pandémie ou pour la construction de mini-hôpitaux. L'insistance sur les tableaux de bord et les données, de même que les intentions d'établir un financement à l'activité dans les établissements, constituent les bases futures d'une mise en concurrence entre le secteur public et le secteur privé. Le fait que les soins et les services restent financés par la RAMQ ne change rien au fond du problème. Le recours au privé en santé coûte plus cher collectivement et constitue une menace directe à la viabilité du système public. Il manque déjà de personnel partout dans le réseau et l'ouverture au privé ne viendra qu'accentuer ce problème. Les travailleurs et les travailleuses du secteur public, épuisés en raison de mauvaises conditions de travail et d'exercice d'emploi, pourraient être tentés de se tourner vers le secteur privé.

²³ Isabelle PORTER, « Santé Québec, un cheval de Troie pour le privé? », *Le Devoir*, 6 avril 2023, [En ligne] www.ledevoir.com/societe/sante/788150/sante-quebec-un-cheval-de-troie-pour-le-privé].

S'installerait alors une spirale de décroissance pour le système public et forcerait Santé Québec à avoir davantage recours au privé.

Malgré les prétentions du gouvernement et de plusieurs lobbys, le secteur privé est loin d'être plus efficace en santé. Si l'objectif du gouvernement consiste à améliorer l'efficacité du système de santé et donc, le bien-être et la santé de la population, une comparaison internationale s'impose. Comme mentionné par le Commonwealth Fund, les pays les plus performants ne sont pas nécessairement ceux qui dépensent le plus²⁴. Prenons l'exemple américain. En 2019, leurs dépenses en santé en pourcentage du PIB atteignaient 16,8 % avec des résultats désastreux du point de vue de l'accessibilité, de l'équité, de l'efficacité et de la santé pour les Américains et les Américaines. Cela démontre à quel point un système privé coûte cher et n'est pas en mesure d'assurer un minimum de soins à sa population. Les échecs multiples des différents partenariats public-privé au Québec et ailleurs dans le monde, devraient plutôt inciter le gouvernement à adopter une attitude prudente. Récemment, les résultats d'un projet pilote visant à comparer les coûts de certaines chirurgies et procédures, entre le secteur public et le secteur privé, ont été dévoilés grâce aux efforts de l'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS)²⁵. Les résultats sont accablants. Dans certains cas, les coûts au privé sont trois fois plus élevés qu'au public. Pour la FTQ, la refondation du système de santé et de services sociaux devrait viser à renforcer et consolider le système public plutôt qu'à encourager le privé en santé.

Recommandation n° 3 :

Nous demandons au gouvernement de cesser toutes les initiatives actuelles de privatisation en santé et services sociaux et de réduire la place du secteur privé pour plutôt concentrer ses efforts à renforcer le système public.

3. Des impacts potentiels sur les conditions de travail

Dans le cadre du Plan santé, le ministre de la Santé et des Services sociaux prétend être en mesure de faire du réseau un employeur de choix, notamment en développant une stratégie nationale de rétention axée sur « l'expérience employé ». Or, les problèmes vécus sur le terrain, qui ont été dénoncés par les organisations syndicales, bien avant la pandémie et qui se sont vus exacerbés par celle-ci, ne pourront être dénoués simplement par la création de Santé Québec. Les mauvaises conditions de travail font en sorte que le réseau peine à retenir et à attirer de la main-d'œuvre. Le projet de loi n° 15 aura donc un effet limité puisque ces enjeux devront faire l'objet de discussions dans le cadre de la négociation collective. Ainsi, la création de Santé Québec n'entraînera pas automatiquement une amélioration des conditions de travail. D'autres dispositions du projet de loi n° 15 peuvent par ailleurs avoir des impacts autant positifs que négatifs. C'est le cas de la mobilité de la main-d'œuvre qui constitue une arme à double tranchant. Concernant les CHSLD, les mesures annoncées dans le projet de loi vont dans la bonne direction, mais le gouvernement aurait pu aller plus loin pour assurer de meilleures conditions de travail.

²⁴ THE COMMONWEALTH FUND, *Mirror, Mirror 2021: Reflecting Poorly. Health Care in the U.S. compared to other high-income countries*, op. cit.

²⁵ Anne PLOURDE, « Gaétan Barrette a prouvé que le privé en santé coûte plus cher que le public », *Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS)*, 24 avril 2023, [En ligne] [<https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/cout-chirurgies-cliniques-privées/>].

3.1 L'effet incertain de Santé Québec

Plusieurs maux dans le réseau ont pour origine une organisation du travail déficiente, une trop grande charge de travail et de mauvaises conditions de travail. Les travailleurs et les travailleuses ressentent de la souffrance, tombent malades ou quittent carrément le réseau. Cela s'est traduit notamment par un recours accru à l'assurance salaire²⁶. La centralisation excessive découlant de l'adoption du projet de loi n° 10 a privé les personnes salariées de l'accès à un gestionnaire pouvant les encadrer et les supporter, ce qui a causé des effets délétères²⁷. Actuellement, il n'est pas rare d'observer un gestionnaire responsable d'un service devant parcourir plusieurs installations, ce qui entraîne des répercussions négatives quant au support et à l'encadrement qu'il serait en mesure d'offrir aux employés et aux employées. Ce manque de soutien est pourtant mis en évidence comme étant un facteur de risque psychosocial par l'Institut national de santé publique du Québec (ISNPQ)²⁸. Cela n'est pas sans effet sur les conditions d'exercice et par ricochet, sur les services offerts à la population. En outre, les directives émanent toujours du sommet sans grande considération ou consultation des travailleurs et des travailleuses.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux estime qu'un changement de culture doit avoir lieu pour assurer de meilleurs soins et services à la population. Pour la FTQ, un tel changement doit aussi s'appliquer aux conditions de travail et aux modes de gestion parce que la situation actuelle est intenable. Malheureusement, la centrale estime que les effets du projet de loi demeurent incertains à cet égard. La nomination d'un gestionnaire imputable pour chaque installation constitue un pas dans la bonne direction. L'uniformisation des pratiques de ressources humaines pourrait aussi présenter des avantages bien qu'il soit toujours nécessaire de s'adapter au contexte particulier de chaque milieu pour obtenir les effets escomptés. Toutefois, le caractère profondément centralisateur de la réforme et la tendance à imiter le secteur privé inquiètent la centrale. Est-ce que les gestionnaires auront vraiment toute la latitude nécessaire pour trouver des solutions qui correspondent à la réalité de leur installation ou seront-ils contraints à respecter une structure hiérarchique extrêmement lourde où les décisions sont prises en haut lieu loin du terrain? Si on s'inspire des méthodes du secteur privé, tout porte à croire que le réseau se dirige vers une gestion encore plus autoritaire et néfaste pour les conditions de travail.

La création d'un employeur unique pourrait aussi comporter d'importants défis en matière de conciliation travail – vie personnelle. Ainsi, on mentionne que l'instauration d'un employeur unique « pourrait donner lieu à la mise en place d'une banque de personnel, laquelle permettrait à Santé Québec d'avoir une certaine agilité pour pallier les effets du manque de main-d'œuvre²⁹ ». Doit-on comprendre que Santé Québec pourrait déplacer des travailleurs et des travailleuses d'une région à l'autre sans égard à leur port d'attache? Il n'est pas raisonnable de forcer les travailleurs et les travailleuses à parcourir de longues distances pour travailler. Une telle mesure ne contribuera pas à renforcer le sentiment d'appartenance par rapport à un milieu de travail et pourrait entraver sérieusement la rétention du personnel. Elle pourrait également reproduire un problème que l'on cherchait à régler en limitant le recours aux agences de placement privées et à la main-d'œuvre indépendante.

²⁶ Amélie DAOUST-BOISVERT, Marie-Lise ROUSSEAU, « Santé : le taux d'assurance salaire a monté en flèche », *Le Devoir*, 6 mars 2018, [En ligne] [www.ledevoir.com/societe/sante/521963/sante-le-taux-d-assurance-salaire-a-monte-en-fleche].

²⁷ Isabelle LE PAIN ET COLL., *Les intervenants sociaux à l'aune de la nouvelle gestion publique : difficultés émotionnelles, relations professionnelles sous tension et collectifs de travail fragilisés*, Département des relations industrielles de l'Université Laval, volume 76, numéro 3, automne 2021, [En ligne] [<https://doi.org/10.7202/1083611ar>].

²⁸ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Risques psychosociaux du travail*, [En ligne] [www.inspq.qc.ca/risques-psychosociaux-du-travail-et-promotion-de-la-sante-des-travailleurs/risques-psychosociaux-du-travail]

²⁹ QUÉBEC, *Op. cit.*, p. 43.

Pour améliorer les conditions de travail durablement, il faut beaucoup plus que des gestionnaires dans chacune des installations. Les travailleurs et les travailleuses qui sont sur le terrain doivent être écoutés et consultés. Ils doivent disposer d'une plus grande autonomie. Ces derniers peuvent assurément contribuer à trouver des solutions pour améliorer leurs conditions de travail en même temps que les services offerts à la population. Si on continue de considérer les travailleurs et les travailleuses comme des pions sur un grand échiquier, ceux-ci continueront de quitter en masse le réseau.

Recommandation n° 4 :

La FTQ recommande au gouvernement de donner une grande latitude aux gestionnaires afin qu'ils puissent consulter et impliquer les travailleurs et les travailleuses ainsi que leurs représentants et représentantes afin que ceux-ci trouvent des solutions adaptées au contexte local.

3.2 La mobilité : une arme à double tranchant

Avec la création de Santé Québec, le gouvernement souhaite accroître la mobilité de la main-d'œuvre, et ce, à l'échelle du Québec. C'est dans ce contexte qu'on parle de l'instauration de « l'ancienneté réseau ». Selon le ministre de la Santé et des Services sociaux, « Les employés pourront également bénéficier d'un cheminement de carrière amélioré, notamment en raison du caractère national qu'aura dorénavant l'ancienneté³⁰ ». Bien que celle-ci puisse sembler attrayante de prime abord, la FTQ tient à mettre en garde le gouvernement contre les effets néfastes d'une trop grande mobilité de la main-d'œuvre. L'expérience des dernières années incite à la plus grande prudence. Dans le rapport de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse (rapport Laurent), il a été constaté que cette mobilité a eu pour effet de vider le bassin de main-d'œuvre à la DPJ qui s'est retrouvé ailleurs dans le réseau, espérant des conditions de travail et d'exercices améliorées³¹. Ce cercle vicieux a créé une instabilité du personnel nuisible à la qualité des services. Depuis la réforme Barrette, les fusions d'établissements ont entraîné des conséquences similaires. Dans un tel contexte, il devient de plus en plus difficile pour les travailleurs et les travailleuses de développer un sentiment d'appartenance à leur milieu alors que se multiplient les mouvements de personnel.

La mobilité favorisée par le projet de loi n° 15, sans être balisée, pourrait ainsi entraîner un exode des personnes salariées de certains établissements des grands centres vers les établissements en banlieue. Dans certaines installations montréalaises où nos syndicats affiliés sont présents, une majorité des travailleurs et des travailleuses n'habitent pas sur l'île. Pour des raisons de conciliation travail – vie personnelle, ceux-ci pourraient donc vouloir travailler plus près de leur domicile. Il s'agit d'une aspiration tout à fait normale et légitime.

³⁰ QUÉBEC, *Op. cit.*, p. 44.

³¹ QUÉBEC, COMMISSION SPÉCIALE SUR LES DROITS DES ENFANTS ET LA PROTECTION DE LA JEUNESSE, *Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes*, Bibliothèque assemblée nationale du Québec, avril 2021, 552 p., [En ligne]

[www.csdepj.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport_final_3_mai_2021/2021_CSDEPJ_Rapport_version_finale_numerique.pdf].

Les régions éloignées pourraient également en pâtir alors que certaines ont déjà atteint un point où elles peinent à assurer le maintien des services. D'autres installations plus vétustes, ou qui desservent des patients et des patientes plus exigeants, pourraient voir leurs difficultés de recrutement s'accroître par rapport à celles qui viennent d'être construites. Alors que le réseau fait face à une pénurie importante de personnel, les conséquences de cette mobilité accrue pourraient être graves.

Bien qu'une possibilité de mobilité soit souhaitée chez une proportion de travailleurs et de travailleuses du réseau, celle-ci devrait être encadrée par des mécanismes locaux négociés pour que sa mise en œuvre soit un succès. Il est important de maintenir une barrière entre les établissements qui composeront Santé Québec, en ce qui a trait notamment à la dotation en personnel, les assignations et la suppléance. Déjà, les CISSS et les CIUSSS font piètre figure en la matière en raison de leur taille immense. Les affichages de postes et la dotation de ces derniers constituent un casse-tête perpétuel. Il y a sans cesse du mouvement de personnel entre les différents services et installations. Cela implique une diminution de la stabilité dans les soins et les services offerts à la population et provoque une démobilité importante des travailleurs et des travailleuses qui sont toujours à recommencer la formation de nouvelles personnes salariées. On peut imaginer que ces problèmes iront en s'aggravant si on permet, sans encadrement, les mouvements de personnel à l'intérieur de Santé Québec. La fusion des listes d'ancienneté pourrait s'avérer beaucoup plus complexe qu'anticipée et susciter énormément de mécontentement parmi les personnes salariées.

Au contraire, un bon encadrement de l'ancienneté réseau pourrait rendre la gestion des ressources humaines plus efficaces. Avec la mise en place de Santé Québec comme employeur unique, on peut voir d'un bon œil la conservation de l'ancienneté lorsqu'un changement d'établissement est nécessaire et que celui-ci est fait dans le respect des frontières établies. Cela permettrait un accès facilité à certaines promotions ou pour faire face à des changements dans la vie personnelle des travailleurs et des travailleuses.

Recommandation n° 5 :

La FTQ se positionne favorablement à l'ancienneté réseau, mais estime que celle-ci devrait être encadrée par des mécanismes locaux négociés afin d'être implantée avec succès.

3.3 L'enjeu des CHSLD privés

La pandémie de COVID-19 nous a tristement démontré que les soins et les services aux personnes âgées sont les enfants pauvres du réseau de la santé et des services sociaux. L'enquête de la coroner Géhane Kamel, de même que le rapport qui en a découlé, ont illustré les problèmes de ce secteur en plus de proposer plusieurs solutions pour y remédier³². S'il est clair qu'un investissement massif dans les soins à domicile et la nationalisation de ceux-ci doivent être privilégiés³³, afin de retarder le plus possible l'entrée en résidence, cette finalité est très souvent inévitable et il faut donc chercher des solutions pérennes afin que les personnes âgées bénéficient en tout temps de soins et de service à la hauteur de leurs besoins et dans la dignité.

Hormis le secteur public, seuls les établissements privés conventionnés pourront offrir des services d'hébergement et de soins de longue durée, à l'exception des établissements non conventionnés existants. La FTQ salue cette décision et estime que le projet de conversion des établissements privés, soit leur conventionnement, doit être accéléré.

³² QUÉBEC, BUREAU DU CORONER, *Rapport d'enquête concernant 53 décès survenus dans des milieux d'hébergement au cours de la première vague de la pandémie de la COVID-19 au Québec*, 200 p., Sources: 2020-EP00265-96.

³³ Ibid, p.116.

Comme l'a également souligné Me Kamel, les établissements privés ne sont généralement pas en mesure de fournir des soins et des services adéquats; la recherche de profit étant le principal objectif de ces entreprises³⁴. De plus, le fait de conventionner tous les CHSLD privés aiderait à la lutte contre la pénurie de main-d'œuvre issue de la vampirisation du personnel en milieux de soins privés, en raison des différences salariales avec le réseau public et privé conventionné.

Dans beaucoup de milieux privés de soins et de services aux personnes âgées, les salaires versés au personnel avoisinent encore souvent le salaire minimum. Le SQEES-FTQ et d'autres syndicats affiliés à la FTQ militent d'ailleurs activement pour l'adoption d'un décret de convention collective pour les résidences privées pour personnes âgées. Celui-ci permettrait d'étendre les dispositions d'une convention collective dans un secteur d'activité et dans une région donnée afin de contrer la concurrence déloyale basée sur de faibles salaires. Les diverses primes et autres subventions salariales versées durant la pandémie ont démontré que le rétrécissement de l'écart entre les salaires versés dans le secteur privé et les secteurs public et privé conventionnés limite l'exode des travailleurs et des travailleuses, assurant ainsi une stabilité du personnel et de meilleurs soins et services aux personnes âgées.

Recommandation n° 6 :

La FTQ demande au gouvernement d'adopter un décret de convention collective pour le secteur des résidences privées pour personnes âgées afin d'améliorer durablement les conditions de travail de tous ceux et celles qui y œuvrent.

4. Des impacts sur le droit d'association et les relations de travail

Au cours des dernières décennies, les relations de travail dans le réseau de la santé et des services sociaux ont été marquées par l'instabilité et l'imposition de changements par le gouvernement. L'adoption du projet de loi n° 30 (2003) est venue redécouper les unités d'accréditation selon quatre catégories distinctes, forçant ainsi les travailleurs et les travailleuses à se regrouper dans des ensembles qui ne correspondaient pas à leur volonté. Celui-ci venait également décentraliser la négociation collective pour 26 stipulations locales. L'adoption du projet de loi n° 10, qui a mené à la création des CISSS et des CIUSSS, a forcé la fusion d'établissements et donc des unités d'accréditation. Malheureusement, le projet de loi n° 15 poursuit dans la même lignée alors que les multiples réformes passées n'ont pas donné les résultats escomptés. La FTQ estime que le gouvernement aurait tout intérêt, pour assurer le succès de sa réforme, de ne pas imposer de tels changements et plutôt collaborer avec les organisations syndicales pour trouver des solutions.

4.1 Le droit d'association est un droit fondamental

Il importe de rappeler que le droit d'association, ce qui inclut le droit pour les travailleurs et les travailleuses de former une association de leur choix, de négocier collectivement ainsi que de faire la grève, constitue un droit fondamental protégé par les chartes québécoise et canadienne. Depuis quelques années, le droit d'association fait l'objet d'une protection accrue de la part des tribunaux via de nombreux jugements de la Cour suprême du Canada.

³⁴ Ibid, p.111.

En outre, le Québec s'est déclaré lié par plusieurs des conventions fondamentales de l'Organisation internationale du travail (OIT), notamment les conventions n^{os} 87 et 98 qui visent à protéger de nombreux droits syndicaux. Le gouvernement québécois fait donc face à des responsabilités importantes en la matière.

Dans le réseau de la santé et des services sociaux, la liberté d'association n'est pas respectée depuis des décennies. Les unités d'accréditation existantes découlent d'un découpage gouvernemental qui n'a pas tenu compte de la volonté des travailleurs et des travailleuses. Parmi les conventions collectives en vigueur, celles de certains CISSS et CIUSSS comprennent plusieurs milliers de travailleurs et de travailleuses, parfois plus de 7 000 personnes. Ce qui n'est pas rien! Si le projet de loi est adopté dans sa forme actuelle, les unités d'accréditation incluront des dizaines de milliers de travailleurs et de travailleuses. Par exemple, la catégorie 1 comprend environ 83 000 personnes salariées à l'échelle du Québec. Leur dimension s'apparentera à celle d'une ville de taille moyenne comme Drummondville. Dans le cas des RI et des RTF, il y aurait également du maraudage, quoique à moins grande échelle, puisqu'il n'y aurait plus que deux organisations syndicales par région socio sanitaire.

Selon la FTQ, cela ne respecte pas le droit d'association. La création d'unités d'accréditation gigantesques vient mettre à mal la capacité des travailleurs et des travailleuses d'appartenir à une organisation de leur choix qui correspond à leurs aspirations et leurs besoins. Les unités de trop grande taille peuvent également nuire à la démocratie syndicale ainsi qu'aux relations patronales-syndicales. À l'issue du maraudage, l'affiliation syndicale sera difficile, voire impossible à changer, en raison des ressources immenses qu'il faudra pour mener une telle campagne. Aussi bien dire que le gouvernement inscrit dans la loi quelles organisations seront autorisées à représenter les travailleurs et les travailleuses du réseau. Pourtant, la présence de plusieurs organisations syndicales, lesquelles ont une diversité de points de vue et d'approches, constitue une force et non une faiblesse pour le réseau.

La FTQ estime que le projet de loi n^o 15 peut atteindre les mêmes objectifs d'efficacité sans violer le droit d'association. Pour assurer le succès de la réforme, le gouvernement devrait y penser à deux fois avant de procéder à une fusion des unités d'accréditation. Plutôt que de consacrer des efforts à s'adapter à un employeur unique, les organisations syndicales investiront devront plutôt investir temps et énergie dans le maraudage. En outre, les organisations syndicales n'hésiteront pas à porter cette cause devant les tribunaux. Ceux-ci pourraient raisonnablement juger que la réforme porte atteinte au droit d'association et exiger des réformes législatives de la part du gouvernement. Le réseau serait ainsi confronté de nouveau à des changements de structure avec tout ce que cela implique.

4.2 Quels types de relations de travail avec un employeur unique?

De bonnes relations de travail constituent un prérequis essentiel pour l'amélioration de l'organisation du travail et des conditions d'exercice d'emploi. Depuis la réforme Barrette, les occasions pour établir et entretenir des relations de travail ont été considérablement réduites, notamment en raison de la taille des CISSS et des CIUSSS. La centralisation n'a fait qu'ajouter des paliers décisionnels et empêcher les gestionnaires de régler des différends, ce qui a contribué à la judiciarisation des relations de travail. Il n'est pas rare de constater des milliers de griefs actifs à l'intérieur d'un seul CISSS ou CIUSSS. Les délais sont de plus en plus déraisonnables. Pour un arbitrage nécessitant de trois à quatre jours d'audience, il peut s'écouler jusqu'à deux ans avant d'être entendu. Cette source d'inefficacité, dont on ne parle malheureusement pas suffisamment, porte atteinte aux droits des travailleurs et des travailleuses et nuit à la gestion quotidienne du réseau.

Force est de constater qu'une centralisation, comme le propose Santé Québec, risque d'exacerber cette tendance surtout si les gestionnaires ne disposent pas de la latitude nécessaire pour régler les problèmes localement. Avec la multiplication de la reddition de compte et de l'imputabilité, est-ce que les gestionnaires devront automatiquement se rapporter à leurs supérieurs? Sera-t-il possible d'avoir des relations de travail normales? Bien que le projet de loi annonce la création de Santé Québec comme étant une solution et stipule que cette agence doit suivre « des pratiques de saine gestion respectant le principe de subsidiarité » (article 29), il demeure muet quant au déploiement d'une direction des ressources humaines et les pouvoirs qui lui seront conférés. Il est difficile d'envisager à quoi ressembleront les relations patronales-syndicales dans un contexte de grande incertitude par rapport aux impacts de la réforme.

4.3 Le cas des établissements privés conventionnés

Il existe plusieurs types de résidences pour personnes âgées. Certains établissements sont entièrement publics, tels les CHSLD qui font déjà partie d'un CISSS ou d'un CIUSSS. D'autres établissements sont entièrement privés, souvent à but lucratif et peuvent néanmoins recevoir des fonds publics dans le cas d'achat de places. Ces derniers sont soumis au régime de négociation prévu au *Code du travail*. D'autres établissements sont financés par l'État, sans toutefois être publics. C'est le cas notamment des établissements privés conventionnés (EPC) où l'immeuble est de propriété privée, mais dont les activités sont financées via une convention signée avec le MSSS. Quant aux ressources intermédiaires (RI) et aux ressources de type familiale (RTF) elles sont assujetties à un régime particulier de négociation³⁵ et sont entièrement financées par l'État par le biais d'ententes avec les CISSS et les CIUSSS. Il y a donc une grande diversité dans la manière de négocier les conditions de travail pour ce type d'établissements.

À la lecture du projet de loi, la FTQ constate que les EPC restent dans un angle mort du gouvernement. À l'heure actuelle, les matières sectorielles (stipulations négociées et agréées à l'échelle nationale) sont négociées pour chacune des organisations syndicales et concernent autant les établissements publics (CISSS, CIUSSS et autres) que les EPC. Les stipulations locales des EPC, quant à elles, sont négociées pour chacune des unités d'accréditation. Or, le projet de loi reste muet sur cette question pourtant assez importante. Souhaite-t-on instaurer une négociation à part concernant les matières sectorielles des EPC? Si tel est le cas, le projet de loi n° 15 contribuerait à dédoubler les tables de négociation plutôt qu'à véritablement les réduire. Pour la FTQ, il subsiste des incohérences entre les intentions gouvernementales de limiter à quatre le nombre de tables de négociation et la réalité des EPC.

Parmi les syndicats affiliés à la FTQ, on retrouve autant des accréditations générales visant les quatre catégories; des accréditations visant les catégories 2 et 3; des accréditations visant uniquement le personnel de soins (PAB et catégorie 1) et même des accréditations visant le personnel de soins à l'exception des personnes infirmières cliniciennes. Si les actuelles négociations sectorielles devaient être faites uniquement par catégorie, il y aurait possiblement une complexification des ententes pour les EPC. Sans les adaptations nécessaires, un EPC où il n'y a actuellement qu'un seul syndicat, donc une seule convention collective à appliquer, pourrait se retrouver à devoir en appliquer nécessairement quatre différentes. On se retrouverait face à un problème similaire pour les établissements non fusionnés du réseau qui ont moins de quatre unités d'accréditation.

³⁵ QUÉBEC, *Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant*, R-24.0.2, Québec, Éditeur officiel du Québec, [En ligne] [www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/r-24.0.2].

Le mode actuel de négociation a pourtant démontré son efficacité. À l'été 2020, le gouvernement souhaitait intégrer 10 000 nouvelles personnes préposées aux bénéficiaires dans un délai de 6 mois. Pour y arriver, le Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux souhaitait négocier une seule entente-cadre pour chaque syndicat représentant ce corps d'emploi plutôt que de procéder par établissement. La structure actuelle de négociation lui a permis de le faire, ce qui pourrait ne pas être le cas si le projet de loi n° 15 est adopté tel quel. Dans la prochaine section, une proposition sera présentée pour tenir compte de cette réalité ainsi que des objectifs gouvernementaux, notamment la mise sur pied d'un employeur unique.

4.4 Une proposition gagnant-gagnant

La création d'un employeur unique avec quatre tables de négociation, soit une par catégorie d'emploi, ne viendra pas simplifier les négociations dans le réseau ni les rendre plus efficaces. Conséquemment, la FTQ soumet une proposition qui, tout en maintenant les unités d'accréditation, respecte les principaux objectifs du projet du gouvernement, soit la création d'un employeur unique, la gestion de proximité, l'ancienneté réseau et la simplification du régime de négociation collective. Celle-ci permettrait de faciliter la transition ainsi que l'adhésion aux changements proposés dans le cadre du projet de loi. Cela éviterait aux organisations syndicales de s'engager dans une période de maraudage contre-productive, coûteuse et qui ne contribuerait aucunement à l'amélioration des services et des soins offerts à la population.

La FTQ propose donc de maintenir l'ensemble des tables sectorielles du secteur de la santé, ce qui porterait leur nombre à sept³⁶. Les stipulations locales pourraient tout simplement être intégrées à ces tables sectorielles dans un souci de simplification. Celles-ci pourraient donc être renégociées périodiquement, ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle. On s'approcherait donc de très près de l'objectif initial qui était de réduire à quatre le nombre de tables de négociation. En plus, cela permettrait de réaliser d'importants gains d'efficacité, car le résultat des négociations pour les matières sectorielles s'appliquerait également aux établissements privés conventionnés (EPC). Il s'agit là d'un avantage certain comparativement à la fusion des unités d'accréditation où il faudrait négocier à deux reprises les matières sectorielles : la première pour chacune des quatre catégories dans les établissements publics et la deuxième entre chacune des organisations syndicales pour les EPC.

Recommandation n° 7 :

La FTQ appuie la création d'un employeur unique et demande au gouvernement de maintenir les tables de négociation pour les matières sectorielles du secteur de la santé et des services sociaux et d'y inclure l'ensemble des stipulations locales.

4.5 Les services paramédicaux de santé

À Montréal et Laval, Urgence-Santé est une société publique qui assure le mandat de fournir les services paramédicaux de santé, alors qu'ailleurs, les services sont assurés par plusieurs entreprises privées et coopératives. Le modèle actuel pour les services paramédicaux demeure inadéquat.

³⁶ Soit une pour la FTQ (SCFP-SQEES), une pour l'APTS, une pour la FIQ, une pour la CSQ, une pour la FSSS-CSN, une pour la FP-CSN, ainsi qu'une pour le SPGQ.

Bien que les différentes conventions collectives soient relativement similaires, leur interprétation diffère d'un employeur à l'autre, ce qui occasionne des problèmes. En dehors de la grande région de Montréal, on constate des bris de service en raison des difficultés de recrutement causées par les mauvaises conditions de travail. Les profits captés à même les montants versés par le gouvernement du Québec rendent ces services moins efficaces. Les ententes de service gardées secrètes illustrent un manque de transparence. D'ailleurs, le Vérificateur général du Québec (VGQ) a émis de grandes réserves par rapport aux limites imposées par le projet de loi quant au contrôle et à la surveillance des établissements privés par les parlementaires. En 2020, trois entreprises ambulancières auraient refusé d'être auditées sous prétexte que les montants provenant des fonds publics, c'est-à-dire la totalité, n'étaient pas des subventions, mais des achats de service. Il s'agissait pourtant de 360 M\$ d'argent public.

Malheureusement, le projet de loi n° 15 n'offre pas une réponse satisfaisante pour les services paramédicaux de santé. La FTQ estime qu'il faut mettre fin à l'implication du secteur privé pour les services paramédicaux et opter pour une nationalisation. Les services paramédicaux de santé pourraient faire partie ou non de Santé Québec. Ce qui importe, c'est la fin de la privatisation ainsi que le maintien du palier local afin de tenir compte des diverses réalités (régionales et urbaines). Une trop grande centralisation dans la négociation et les relations de travail serait nuisible.

Recommandation n° 8 :

La FTQ recommande la nationalisation de l'ensemble des services paramédicaux du Québec ainsi que le maintien du palier local de négociation.

5. Des actions urgentes pour le système de santé

La population québécoise s'attend à des mesures costaudes de la part du gouvernement afin de régler les problèmes les plus urgents du système de santé et de services sociaux. Pour la FTQ, le projet de loi n° 15 constitue une réponse inadaptée et dont les conséquences sont mal évaluées. Il restera considérablement de travail à faire après son adoption. Dans un esprit constructif, la FTQ souhaite présenter quelques mesures qui pourraient être mises en œuvre au cours des prochaines années.

5.1 Une première ligne efficace

Depuis des décennies, les personnes élues de toutes les bannières politiques promettent que l'ensemble des Québécois et des Québécoises auront enfin accès à un médecin de famille. Tous les gouvernements ont échoué à cette tâche. Pourtant, une première ligne forte, où l'on peut accéder à un médecin ou à un autre professionnel et professionnelle de la santé, demeure un élément fondamental. Au cours des dernières années, on a beaucoup misé sur les groupes de médecine familiale (GMF).

Malheureusement, ceux-ci n'ont pas rempli leurs promesses. L'IRIS dresse un bilan dévastateur des GMF³⁷. Ce modèle, qui favorise la médecine entrepreneuriale, n'a pas atteint ses principaux objectifs qui étaient, entre autres, d'augmenter la prise en charge des patients et des patientes et de désengorger les urgences. Plusieurs conditions sont nécessaires afin que ceux-ci jouent pleinement leur rôle. L'organisme Médecins québécois pour le régime public a d'ailleurs formulé plusieurs recommandations en ce sens, notamment, de s'assurer que les GMF soient sans but lucratif, qu'ils soient dotés d'un conseil d'administration où les personnes usagères sont présentes et de mettre en place des mécanismes de surveillance³⁸. Pour une première ligne efficace, les gouvernements auraient également intérêt à revaloriser le rôle des CLSC afin que ceux-ci puissent occuper une place grandissante au service des communautés.

Recommandation n° 9 :

La FTQ exige du gouvernement qu'il mette fin à la médecine entrepreneuriale et qu'il revalorise le rôle des CLSC.

5.2 Réduire la part du privé en santé

La centrale ne comprend pas pourquoi le gouvernement souhaite miser davantage sur le secteur privé alors que celui-ci occupe déjà une trop grande place. Depuis les années 1970, la part des dépenses en santé du secteur privé dans les dépenses totales a eu tendance à augmenter³⁹. Les preuves sont pourtant très nombreuses quant à la supériorité du secteur public en santé, que ce soit par de meilleurs soins, des frais administratifs moins élevés ou une plus grande équité⁴⁰. Pour la FTQ, toute refondation du système de santé doit viser à renforcer le système public d'assurance maladie plutôt que de l'affaiblir avec de nouvelles intrusions du secteur privé.

Dans cette optique, nous ne comprenons pas pourquoi le gouvernement québécois refuse obstinément, et sans aucun motif valable, de mettre sur pied un régime public et universel d'assurance médicaments. Le Canada est pourtant le seul pays développé avec un système public d'assurance maladie qui n'inclut pas les médicaments.

³⁷ Anne PLOURDE, « Bilan des groupes de médecine (GMF) de famille après 20 ans d'existence – Un modèle à revoir en profondeur », *Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS)*, 26 mai 2022, [En ligne] [https://iris-recherche.qc.ca/publications/bilan-des-groupes-de-medecine-de-famille-apres-20-ans-dexistence-un-modele-a-revoir-en-profondeur/#43_Les_GMF_natteignent_pas_leurs_objectifs]

³⁸ Saideh KHADIR, Estelle OUELLET, Éric TREMBLAY, MÉDECINS QUÉBÉCOIS POUR LE RÉGIME PUBLIC (MQRP), *Les GMF au Québec, Étude de cas d'une médecine entrepreneuriale*, juin 2017, p. 15, [En ligne] [<https://mgrp.qc.ca/wp-content/uploads/2017/06/MQRP-Rapport-annuel-2017-ilovepdf-compressed.pdf>].

³⁹ Guillaume HÉBERT, « La progression du secteur privé en santé au Québec », *Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS)*, mars 2022, [En ligne] [https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2022/03/IRIS-FICHE1_privé-santé_VF.pdf].

⁴⁰ Claude LAFLEUR, « Privé ou public? – “ C'est un mythe de penser que le système public gaspille de l'argent dans une lourde structure administrative ”, *Le Devoir*, 10 novembre 2007, [En ligne] [www.ledevoir.com/societe/sante/163647/privé-ou-public-c-est-un-mythe-de-penser-que-le-système-public-gaspille-de-l-argent-dans-une-lourde-structure-administrative]

La centrale ne compte plus les rapports de recherche ou de comités d'experts et d'expertes qui en démontrent la pertinence⁴¹ ou les sondages qui illustrent à quel point il s'agit d'une mesure souhaitée par la très grande majorité de la population⁴². Les problèmes du régime hybride québécois d'assurance médicaments, avec un régime public et une myriade de régimes privés, sont pourtant connus depuis des années. Il s'agit d'un régime inefficace où les dépenses augmentent de manière incontrôlable et qui peine à assurer un accès équitable à l'ensemble des Québécois et des Québécoises. La mise sur pied d'un régime public et universel d'assurance médicaments permettrait au Québec d'économiser plusieurs milliards de dollars par année.

De plus, avec la pandémie, les services de télémédecine sont devenus plus accessibles et l'industrie privée s'est considérablement développée⁴³. Pour la FTQ, la télésanté fait partie des services qui devraient être couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Le gouvernement a la responsabilité de corriger toute disposition législative ou réglementaire pouvant faciliter le développement de la télésanté privée. La FTQ se positionne en faveur d'une prestation et d'un financement publics des services de télésanté.

Recommandation n° 10 :

La FTQ demande au gouvernement de réduire la part du privé dans les dépenses de santé, notamment en mettant sur pied un régime public et universel d'assurance médicaments.

5.3 Revoir la place des médecins

Depuis la mise sur pied du régime d'assurance maladie, les médecins occupent une place particulière dans le système de santé. En tant que travailleurs et travailleuses autonomes, ils sont majoritairement rémunérés par la RAMQ pour chaque acte médical posé (rémunération à l'acte). Le Plan santé aborde succinctement cette question en proposant « de revoir le mode de rémunération des médecins de famille afin qu'il soutienne le modèle souhaité en première ligne⁴⁴ ». On propose un meilleur travail interdisciplinaire ainsi qu'une plus grande part de capitation⁴⁵.

⁴¹ PHARMACARE 2022, [En ligne] [<https://pharmacare2022.ca/indexfr>]; Marc-André GAGNON ET COLL., « Le régime public-privé d'assurance médicaments du Québec : un modèle obsolète? », *Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS)*, décembre 2017, [En ligne] [https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2021/03/Note_Assurance-medicaments_201712WEB.pdf]; CANADA, *Une ordonnance pour le Canada : L'assurance-médicaments pour tous.*, juin 2019, [En ligne] [www.canada.ca/content/dam/hc-sc/images/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/implementation-national-pharmacare/final-report/rapport-final.pdf].

⁴² Henri OUELLETTE-VÉZINA, « Assurance médicaments universelle. Plus de 7 Québécois sur 10 favorables, montre un sondage », *La Presse*, 28 avril 2022, [En ligne] [www.lapresse.ca/actualites/politique/2022-04-28/assurance-medicaments-universelle/plus-de-7-quebecois-sur-10-favorables-montre-un-sondage.php].

⁴³ Anne PLOURDE, « L'industrie des soins virtuels au Québec » *Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS)*, janvier 2023, [En ligne] [<https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2023/01/Telemedecine-WEB0216.pdf>].

⁴⁴ *Op. cit.*, Plan santé, p. 47.

⁴⁵ « La rémunération par capitation est un mode où le médecin reçoit un montant d'argent déterminé pendant une période de temps donnée (forfait) pour la prise en charge de chaque patient inscrit, peu importe la quantité ou la qualité des services fournis à ces mêmes patients. » Source : MÉDECINS QUÉBÉCOIS POUR LE RÉGIME PUBLIC, *À quel prix?*

Il s'agit là d'un pas dans la bonne direction étant donné que la rémunération à l'acte entraîne parfois de nombreux effets pervers et ne favorise pas nécessairement l'efficacité du système⁴⁶. La rémunération des médecins occupe une place importante. Avant la pandémie de COVID-19, la catégorie médecin représentait 14,1 % des dépenses totales en santé au Québec⁴⁷. Au cours des dernières années, la rémunération des médecins a connu une hausse fulgurante contrairement à tous les autres travailleurs et travailleuses du réseau de la santé. Malheureusement, cela n'a pas contribué à une amélioration des services pour la population. Les gouvernements leur ont également accordé des avantages fiscaux, notamment la possibilité de s'incorporer. Il est réaliste de penser pouvoir faire mieux. Le Québec est mûr pour un débat sur la place des médecins, leur rémunération ainsi que sur leur statut de travailleur autonome.

Recommandation n° : 11

La FTQ demande au gouvernement de revoir le mode de rémunération des médecins de façon à exercer un meilleur contrôle sur leur pratique.

5.4 Bonifier l'offre de soins et de services

Le système de santé et de services sociaux ne répond pas adéquatement à l'ensemble des besoins des Québécois et des Québécoises. La FTQ a toujours revendiqué la mise sur pied d'un système de santé public, gratuit et complet, c'est-à-dire qui couvre tous les besoins en santé. Si on souhaite apporter des solutions durables aux problèmes rencontrés actuellement, il faut des solutions structurantes plutôt qu'à la pièce. Prenons par exemple les soins dentaires. Québec a récemment annoncé son intention d'implanter un nouveau programme de soins dentaires dans le but de ne pas retarder certaines chirurgies⁴⁸. Pourquoi ne pas aller plus loin en instaurant une couverture publique pour tous et toutes? De plus en plus, il est démontré qu'une mauvaise santé buccodentaire entraîne d'autres problèmes de santé, qui eux, doivent être traités à l'hôpital. On pourrait en dire autant pour les soins de la vue. La pandémie a aussi illustré les énormes besoins non comblés en matière de santé mentale alors que plusieurs sont forcés de se tourner vers le secteur privé.

Réflexion sur les modes de rémunération des médecins et leurs impacts sur le système public de santé, 2015 [En ligne] [mqrp.qc.ca/wp-content/uploads/2015/06/MQRP-Rapport-annuel-2015-version-finale-2.pdf].

⁴⁶ Xavier SAVARD-FOURNIER, « Le paiement des médecins à l'acte a des effets pervers, conclut une étude », *Radio-Canada*, 7 mars 2018, [En ligne] [<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1087263/etude-impact-remuneration-medecins-sante-quebec-systeme-imparfait>].

⁴⁷ Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 2022 : tableaux de données — série D1*, [En ligne] [<https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.cihi.ca%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fdocument%2Fhex-series-D1-2022-fr.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK>].

⁴⁸ Pierre-Alexandre BOLDUC, « Le gouvernement couvrira certains soins dentaires médicalement requis », *Radio-Canada*, 3 avril 2023, [En ligne] [<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1968054/sante-buccodentaire-remboursement-greffe-chirurgie-chimio>].

Avec le vieillissement de la population, de plus en plus de Québécois et de Québécoises souhaitent demeurer à domicile et obtenir les soins dont ils ont besoin. Malheureusement, le gouvernement québécois ne consacre pas suffisamment de ressources pour développer un tel service.

Recommandation n° 12 :

La FTQ recommande de bonifier l'offre de soins et de services de santé offerts à la population, notamment en matière de soins dentaires, de soins à domicile et de soins en santé mentale.

Conclusion

La FTQ et ses syndicats affiliés répètent inlassablement que le statu quo dans le réseau de la santé et des services sociaux est intenable. À cet effet, la pandémie a constitué un rappel brutal. Des changements en profondeur sont plus que jamais nécessaires pour répondre aux besoins et aux aspirations de la population québécoise. Le projet de loi n° 15 donne l'impression que le gouvernement prend le problème à bras-le-corps, mais dans les faits, il s'agit essentiellement d'une réforme de structure. Il s'inscrit dans la lignée de ce qu'ont fait les gouvernements antérieurs. Rien n'indique qu'on obtiendra des résultats différents en appliquant la même recette. Le fardeau de la preuve repose sur les épaules du gouvernement. En quoi ce projet de loi viendra-t-il régler les graves problèmes d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre? Après son adoption, est-ce que le Québec disposera de plus de lits dans les hôpitaux? Est-ce que les services et les soins à la population seront de meilleure qualité? Comment ce projet de loi viendra-t-il contribuer à l'amélioration des conditions de travail et des relations de travail? Est-ce que les communautés et les régions disposeront de plus de pouvoir en matière de santé? Clairement, les enjeux de gouvernance n'apparaissent pas en tête des priorités de la population.

Même si ce projet de loi comprend quelques mesures intéressantes, il annonce surtout de grands bouleversements. Et si les colonnes du temple qu'on souhaite faire trembler sont dans les faits les assises fondatrices du système de santé? La réforme de structure sera encore une fois très éprouvante pour les travailleurs et les travailleuses qui sont déjà à bout de souffle. Si la fusion des unités d'accréditation se concrétise, elle forcera une campagne de maraudage sans précédent qui mettra à mal le droit d'association et la démocratie syndicale. La trop grande mobilité de la main-d'œuvre pourrait affecter le sentiment d'appartenance des personnes salariées par rapport à leur milieu de travail. La gestion de proximité promise pourrait au contraire être compromise par une structure hiérarchique rigide et une multiplication de la reddition de compte. La porte grande ouverte à la privatisation pourrait provoquer un exode encore plus grand des travailleurs et des travailleuses du secteur public vers le secteur privé et saper le caractère public du système de santé et de services sociaux. La perte de démocratie et d'implication des communautés sera remplacée par des modes de gestion inspirés du secteur privé, lesquels n'ont pas leur place. Les réformes sont nécessaires, mais pas n'importe lesquelles et encore moins n'importe comment.

CLÉ/ni
Sepb-574