

# PL 15 : SURCENTRALISATION ET PRIVATISATION AU DÉTRIMENT DE L'ACCÈS AUX SOINS ET SERVICES, DE LEUR QUALITÉ ET DE LA RÉSILIENCE DU RÉSEAU

# Mémoire

de  
l'**APTS** *Alliance du personnel  
professionnel et technique  
de la santé et des services sociaux*

CSSS - 024M  
C. P. PL 15  
Loi système de santé  
et services sociaux

Présenté à la Commission de la santé et des services sociaux  
dans le cadre des consultations à l'égard du projet de loi n° 15,  
Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux  
plus efficace (PL 15)

le 5 mai 2023

## Résumé

En tant qu'actrice-clé dans l'univers des relations de travail du RSSS, l'APTS est bien au fait des problèmes ponctuels et systémiques qui accablent notre réseau public. Nous saluons l'intention annoncée du gouvernement de revenir à une gestion de proximité et d'améliorer l'accès aux soins, mais ne pouvons qu'arriver, à la lecture du projet de loi, à la conclusion que celui-ci ne permettra pas de répondre aux objectifs énoncés.

Une analyse exhaustive du modèle albertain, duquel s'inspire le PL 15, nous permet de tirer certains apprentissages. Si l'Alberta se compare avantageusement au Québec en ce qui concerne le temps d'attente et la durée des séjours, elle fait mauvaise figure au niveau de la qualité des soins et les coûts de séjour standard y sont plus élevés, dépassant largement la moyenne canadienne. Par conséquent, et sans nier les failles de notre propre système, il nous apparaît qu'une réforme du RSSS de cette ampleur et dans cette direction est difficilement justifiable et pose de graves risques dans un réseau fragilisé.

Le RSSS est fragilisé parce qu'il sort d'une crise pandémique, certes, mais également parce qu'il a subi les assauts de plusieurs réformes successives et un désinvestissement important alors que les besoins, eux, augmentent rapidement, notamment du fait du vieillissement de la population. Les problèmes qui nous affligent aujourd'hui poussent le ministère à désigner le privé comme seule porte de sortie possible à court terme, alors que celui-ci - en plus de vampiriser les ressources du public - n'a pas réussi à démontrer, au Québec comme ailleurs, qu'il était plus efficace ou moins coûteux. L'intention d'accroître l'imputabilité des établissements privés et de les empêcher de recruter du personnel du public est louable mais superficielle, alors que les efforts du gouvernement devraient être intégralement concentrés sur la préservation et la solidification d'un réseau entièrement public.

La gouvernance d'un tel réseau public peut très certainement être améliorée et c'est là un souhait clair du gouvernement. Un retour à la gestion de proximité, réclamé d'ailleurs depuis la réforme Barrette, est un pas dans cette direction. Toutefois, il nous semble évident que la structure présentée dans ce projet de loi va dans le sens inverse. Le PL 15 prévoit l'avènement d'une structure organisationnelle extrêmement centralisée, où très peu de réels pouvoirs sont laissés à d'autres qu'au PDG ou aux cadres de Santé Québec, et qui retire des outils essentiels et fondamentaux de la gestion de proximité, dont la négociation des matières locales au sein des établissements.

L'APTS offre son entière collaboration pour réfléchir aux meilleures façons de développer une gestion de proximité efficace et pertinente, mais souligne qu'il faut pour cela une consultation plus élargie que celle des consultations parlementaires. Le ministre répète les erreurs de ses prédécesseurs en procédant à une réforme majeure sans solliciter dans sa réflexion les parties prenantes du réseau et les salarié-e-s sur le terrain - erreurs qui se sont d'ailleurs révélées fatales en 2015 - et en proposant des solutions qui, au mieux, ne garantissent aucune amélioration.

L'APTS est heureuse de participer aux consultations parlementaires mais appelle le gouvernement à s'engager à laisser de côté son projet de loi dans sa forme actuelle afin de procéder à une réflexion plus large et démocratique, qui permettrait d'aboutir à une réforme sensée et nettement plus en adéquation avec les préoccupations du milieu de la santé et services sociaux et avec les besoins de la population du Québec.

# Table des matières

Résumé.....	1
Table des matières .....	2
Présentation de l'APTS .....	3
Introduction.....	4
<b>1. L'agence Santé Québec : un projet à saveur albertaine .....</b>	<b>6</b>
1.1. L'AHS, un modèle qui a fait ses preuves? .....	6
1.2. Québec – Alberta : qui s'en sort le mieux? .....	7
1.2.1. Listes d'attente : Québec 0 - 1 Alberta.....	8
1.2.2. Qualité des soins : Québec 1 - 1 Alberta.....	9
1.2.3. Coûts par séjour hospitalier : Québec 2 - 1 Alberta.....	13
<b>2. PL 15 : meilleur accès aux soins ou cheval de Troie du privé?.....</b>	<b>15</b>
2.1. Désengagement de l'État, essor du privé et asphyxie du RSSS.....	16
2.2. Moins coûteux, le privé?.....	17
2.3. La stabilisation du financement du RSSS : condition <i>sine qua non</i> d'un meilleur accès aux soins .....	18
2.4. Des garde-fous indispensables .....	18
2.4.1. Les mécanismes d'accès.....	19
2.4.2. La gestion centralisée de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés des département cliniques 20	
2.4.3. Obligations et reddition de comptes du secteur privé.....	20
<b>3. PL 15 : la centralisation à son apogée.....</b>	<b>22</b>
3.1. Gestion de proximité ou décentralisation affectée?.....	22
3.2. Une centralisation des comptes et rapports qui nuit à la transparence .....	24
3.3. L'agence Santé Québec : nouvelle autorité ou paravent du ministre? .....	25
3.4. Les relations de travail, le principal outil de la gestion de proximité, en péril .....	26
3.4.1. Matières locales, matières nationales.....	26
3.4.2. Des changements unilatéraux au régime de négociation .....	27
3.5. La santé et la sécurité du travail à nouveau mises à mal.....	28
3.5.1. La prévention encore renvoyée aux calendes grecques.....	28
3.5.2. Les spécificités des différents milieux ignorées.....	30
<b>4. La tentation de gérer le RSSS comme une PME .....</b>	<b>31</b>
4.1. Les données comme seule boussole .....	31
4.2. Le culte de la performance.....	32
<b>Conclusion .....</b>	<b>33</b>
<b>Liste des recommandations.....</b>	<b>34</b>

## Présentation de l'APTS

L'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) est une organisation syndicale qui représente plus de 65 000 personnes professionnelles et techniciennes qui travaillent dans la grande majorité des établissements du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Elle a pour mission de défendre les droits de ses membres par la négociation et l'application de sa convention collective ainsi que de promouvoir leurs intérêts.

L'APTS rassemble une expertise large et diversifiée puisque ses membres, dont 86 % sont des femmes, occupent plus d'une centaine de titres d'emploi différents. Elle est la seule organisation syndicale à représenter exclusivement, et très majoritairement, le personnel professionnel et technique du réseau public de la santé et des services sociaux (RSSS) du Québec, identifié comme la catégorie 4 dans le réseau.

Les membres de l'APTS travaillent dans des établissements qui ont différentes missions : centres hospitaliers, CLSC, CHSLD, centres jeunesse, centres de réadaptation, milieux de vie substitués et institutions de santé publique. L'organisation a donc une vue à la fois globale et spécifique de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

À travers toutes ses interventions relatives au système québécois de santé et de services sociaux, l'APTS défend les grands principes de la Loi canadienne sur la santé, soit la gestion publique, l'universalité, l'accessibilité, l'intégralité et la transférabilité.

Sa mission prioritaire est l'étude, la sauvegarde, la défense et le développement des intérêts économiques, sociaux, moraux, éducatifs et professionnels de ses membres. C'est dans ce même esprit qu'elle se consacre particulièrement à la négociation et à l'application des conventions collectives. Afin de réaliser cette mission et dans le cadre de toutes ses actions, l'APTS est guidée par les valeurs fondamentales que sont la solidarité, la démocratie, l'égalité, la justice sociale, la liberté et la coopération.

L'APTS défend en premier lieu les droits à la syndicalisation, à la liberté syndicale et à la négociation. Elle assure aussi la défense des droits des femmes, de la diversité culturelle et sexuelle et de la pluralité de genres ainsi que le droit, pour toutes et tous, de travailler dans un milieu sain, dans le respect et la dignité. Elle revendique le droit à des conditions de travail et de vie décentes pour toute la population. Étant constituée à 86 % de femmes, l'APTS milite pour une meilleure conciliation famille-travail-vie personnelle et pour des solutions collectives qui mettront fin aux inégalités de sexe et de genre.

## Introduction

Le projet de loi n° 15, Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (PL 15) se veut une refondation des bases de notre système de santé et des services sociaux. De toute évidence inspiré du projet albertain, le cœur du projet consiste en la création de l'Agence Santé Québec (l'Agence) qui aura pour mission, selon les termes du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), :

- d'offrir - par l'entremise des établissements publics- les services de santé et les services sociaux dans les régions sociosanitaires du Québec. Dans ces dernières, elle coordonne et soutient - notamment par des subventions - l'offre de ces services par les établissements privés ainsi que celle de services du domaine de la santé ou sociaux par certains autres prestataires privés;
- d'appliquer à certaines activités liées au domaine de la santé et des services sociaux la réglementation prévue par la présente loi;
- de fournir au ministre le soutien nécessaire à la mise en œuvre des orientations, des cibles et des standards, qu'il détermine notamment à l'égard de l'organisation et de la prestation des services de santé et des services sociaux;
- d'exercer les fonctions que lui confie le ministre parmi celles qui lui incombent en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, ainsi que les fonctions que lui octroie toute autre disposition législative<sup>1</sup>.

En tant que syndicat représentant le personnel professionnel et technique du RSSS, il nous apparaît nécessaire de commenter le présent projet de loi tout en proposant nos modifications. Sans faire une analyse détaillée de l'ensemble du projet de loi « mammoth » - qui comporte plus de 300 pages et 1 180 articles - nous nous attarderons à présenter nos positions à travers 3 grands thèmes qui nous semblent au cœur PL 15 soit : l'ouverture et l'officialisation de l'utilisation du privé dans le réseau, la création d'une énième formule de centralisation et la création de nouveaux enjeux de relations de travail.

Dans le premier volet de notre mémoire, qui traite sur l'ouverture à la privatisation, nous présenterons un comparatif entre l'Alberta et le Québec afin de voir si le modèle qui a inspiré la mise en place de l'Agence est effectivement plus performant que le modèle québécois. Par la suite, nous montrerons comment les différents gouvernements ont créé leur besoin d'utiliser le privé en asphyxiant le système public, pour ensuite faire des recommandations de sorte à encadrer la surveillance et l'utilisation du privé dans le système. L'APTS rappelle qu'elle se positionne en faveur de la nationalisation de l'ensemble des services de santé et des services sociaux au Québec et s'oppose à une augmentation de l'utilisation du secteur privé dans les soins de santé et les services sociaux.

Dans un deuxième temps l'APTS présentera les effets de la nouvelle volonté de centralisation du projet de loi, qui nuit à la fois à la gestion locale et à la démocratie et crée des enjeux complexes dans les relations de travail. Nous présenterons des recommandations afin de limiter les problèmes causés par le PL 15.

---

<sup>1</sup> MSSS, Projet de loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace : glossaire de termes relatifs à la structure du réseau de la santé et des services sociaux; glossaire, Québec, 29 mars 2023, Québec, en ligne, [https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/salle-de-presse/2023-03-29\\_glossaire.pdf](https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/salle-de-presse/2023-03-29_glossaire.pdf)

Dans un troisième temps, nous présenterons plus concrètement les enjeux de relations de travail. Selon nous, la gestion par données et la centralisation créeront de réels enjeux de travail quant à la pression sur le personnel, la capacité des ministères et des syndicats à régler des enjeux de travail et de santé et sécurité au travail, qui éloigneront le ministère de son objectif de devenir un employeur de choix.

Finalement, plutôt que de rechercher à tout prix à refonder le système de santé et de services sociaux via une agence, nous suggérons au ministre de réinvestir massivement dans celui-ci puisqu'il nous semble plus logique de régler le problème à sa racine. L'efficacité du système sera toujours limitée par le manque de ressources, que ce soit en main-d'œuvre, en nombre de lits ou en manque d'autonomie à la mission. Nous invitons le ministre à chercher à financer son propre réseau plutôt qu'à assurer des marges de profit à l'industrie privée. Un système efficace est avant tout un système public bien financé. À ce titre, nous considérons que le projet de loi actuel s'éloigne de l'objectif.

# 1. L'agence Santé Québec : un projet à saveur albertaine

Une lecture attentive du PL 15 mène nécessairement à déceler d'importants parallèles entre l'agence Santé Québec et l'agence Alberta Health Services (AHS), au cœur du projet de santé albertain. En ce sens, il semble nécessaire de s'intéresser de près aux bons et aux mauvais coups du système albertain.

## 1.1. L'AHS, un modèle qui a fait ses preuves?

À l'image de l'AHS, l'Agence aurait le mandat de gérer le système de santé et de services sociaux tout en élaborant les barèmes qui déterminent les trajectoires de soins et la qualité des services. Cette approche, réputée efficace, se base sur une diminution des paliers de services et une considération moindre pour les particularités régionales. Cette centralisation se fait évidemment au prix de l'autonomie locale : alors qu'avant la mise en place de l'AHS en 1995, l'Alberta comptait 17 régions administratives de santé, leur nombre est passé à 9 en 2009 lors de sa mise en place. Aujourd'hui, elles ne sont plus que 5<sup>2</sup>. L'objectif de cette manœuvre était notamment de diminuer les coûts de gestion et informatiques en centralisant l'administration. Cela a eu comme effet de standardiser certains des services, souvent au prix de leur qualité<sup>3</sup>.

D'ailleurs, la réforme du système albertain n'a pas donné les effets escomptés. De nombreux rapports ont démontré que les répercussions de cette transformation n'étaient pas nécessairement positives. En 2012, le Conseil sur la qualité des services de santé de l'Alberta soulevait en effet des « inquiétudes concernant les longues attentes jugées dangereuses aux urgences, une culture de « peur et d'aliénation » et une ingérence politique persistante dans la gouvernance du système ». La même année, le rapport du Vérificateur général de l'Alberta identifiait des « lacunes du système des soins primaires et de l'intégration des services dans la nouvelle structure, surtout en ce qui concern[ait] la gouvernance d'ensemble du système de santé »<sup>4</sup>. Cinq ans plus tard, en 2017, un autre rapport de la Vérificatrice générale de l'Alberta déterminait, entre autres, « que de nombreuses actions étaient dupliquées entre les différents palier de gouvernance »<sup>5</sup>.

Il se trouve cependant des partisan·e·s du projet qui estiment qu'il y aurait deux avantages au système albertain. Le premier serait la diminution des coûts, le second la mise en place d'une meilleure chaîne de commande qui aboutirait à une plus grande imputabilité des gestionnaires.

En ce qui a trait à la diminution des coûts du système de santé et des services sociaux, le gouvernement albertain se targue de les avoir réduits de 1 G\$ en 10 ans<sup>6</sup>. Or, rien n'indique que ces économies découlent de l'instauration de l'AHS. En réalité, tout laisse à croire que cette baisse de coûts résulte plus simplement de mesures de rationalisation du personnel mises en place à la fin des années 2000 et au début des années 2010<sup>7</sup>.

---

<sup>2</sup> Smith, R. W., Allin, S., Luu, K., Jarvis, T., Thomas, M., Rodrigues, A., Li, J., Rosella, L., & Pinto, A. D. (2022). [Profils des systèmes de santé publique au Canada : Alberta](#). Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, p.4.

<sup>3</sup> Joly, François, [Réforme de la santé : après 15 ans d'expérience, les leçons de l'Alberta pour le Québec](#), ICI-Alberta, 8 avril 2023.

<sup>4</sup> CSBE, [Transformation de la gouvernance des systèmes de santé : l'expérience canadienne; Rapport de recherche, partie 2](#), Québec, mars 2023, p.15.

<sup>5</sup> Idem

<sup>6</sup> AHS, [Alberta Health services welcomes AHS review : moves toward implementation](#), Alberta Health Services, 3 février 2020.

<sup>7</sup> CBC News, [Health-care buyouts spark interest, raise concern](#), 28 août 2009.

Malgré ces économies, l'Alberta reste aujourd'hui – si on exclut les territoires – la province dont les coûts en santé et services sociaux per capita sont les plus élevés<sup>8</sup>, et ce, pour une qualité de services en-deçà de la moyenne canadienne<sup>9</sup>.

Par ailleurs, et s'il est vrai que les gestionnaires de l'AHS sont imputables au ministre, cela n'empêche en rien les dérives, quelle qu'en soit la source. À deux reprises déjà, le gouvernement albertain a décidé de révoquer le conseil d'administration (CA) de l'AHS : une première fois parce que les dirigeants de l'agence avaient octroyé d'importants bonus à une minorité de gestionnaires<sup>10</sup>, une seconde - plus récemment - à la suite de la crise de la COVID-19. Cette dernière décision a d'ailleurs été perçue comme relevant davantage du geste politique, le gouvernement albertain ayant probablement exacerbé la crise en s'opposant aux mesures préconisées par la santé publique<sup>11</sup>. L'AHS n'a donc ni permis de mettre fin aux abus dans la gestion des finances publiques, ni d'éviter que le pouvoir politique s'immisce dans la gestion des enjeux de santé.

Plus récemment, à l'image de ce qui est proposé dans le PL 15, l'AHS peut référer des usager·ère·s à l'industrie privée de santé et assumer la facture via les fonds publics<sup>12</sup>. Pour le moment, rien n'indique que cette politique contribue au maintien d'un service public fort ou à des conditions de travail plus attrayantes dans le réseau. Au contraire, les politiques albertaines ont mené à des coupures dans le système public de soins de santé et de services sociaux, qui à leur tour ont engendré une plus grande dépendance au service privé<sup>13</sup>. Regardons maintenant si un comparatif entre les systèmes québécois et albertain donne raison au ministère de vouloir reproduire le système de l'AHS.

## 1.2. Québec – Alberta : qui s'en sort le mieux?

Si le système albertain est loin d'être sans failles, peut-être est-il néanmoins plus « efficace » que le système québécois? Si le recours à une agence pour la prise de décision s'avère permettre un meilleur fonctionnement du système, cela justifierait en effet – du moins en partie – l'intention du MSSS de reproduire le modèle de l'AHS. Pour répondre à cette question, nous nous sommes appuyé·e·s sur les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) – qui répertorie les données pour l'ensemble des provinces et territoires du Canada – afin d'établir un comparatif en trois volets : les listes d'attente, la qualité des soins et les coûts par séjour dans le réseau hospitalier.

---

<sup>8</sup> EY, [Alberta Health Services performance review: Final Report](#), 31 décembre 2019, p. 10.

<sup>9</sup> Nous y reviendrons dans les prochains paragraphes.

<sup>10</sup> Cryderman, Kelly, [Alberta Health Minister fires entire board over executive bonuses](#), *The Globe and Mail*, 12 juin 2013.

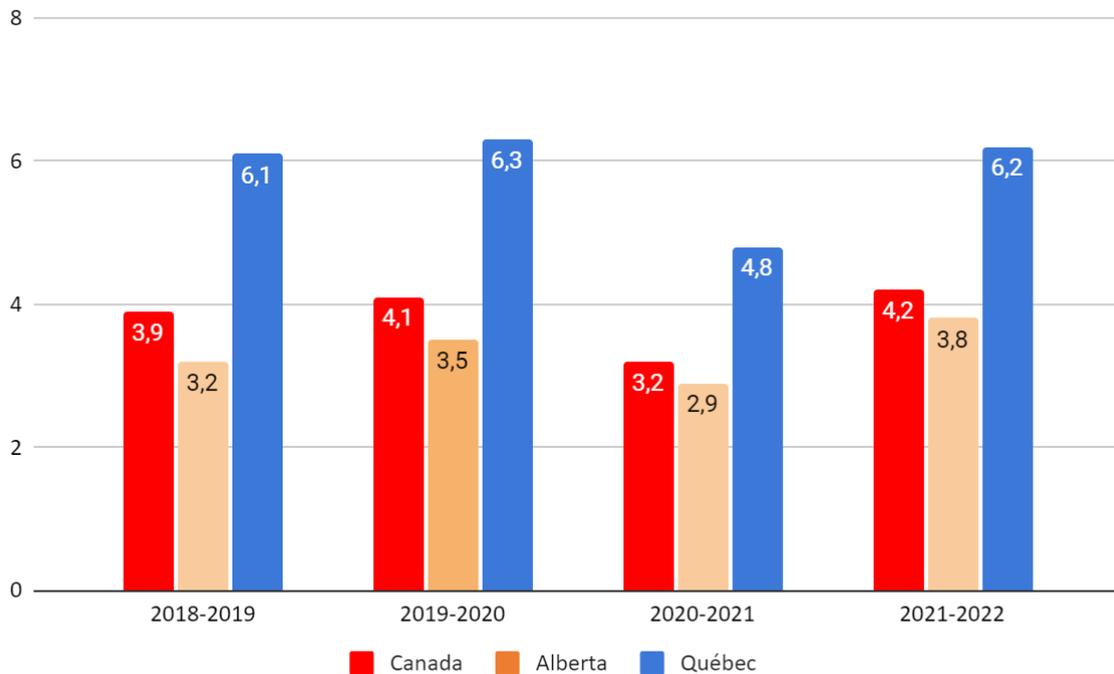
<sup>11</sup> Bennet, Dean. ['Warped stance on COVID': Fired Alberta Health Services board member calls out Smith](#), *La Presse Canadienne*, 18 novembre 2022.

<sup>12</sup> La Presse Canadienne, [Alberta: milliers de chirurgies de la hanche et du genou confiées au privé](#), *L'Actualité*, 24 janvier 2023; Roquette, Tiphonie, [L'Alberta fait à nouveau appel au privé pour effectuer des chirurgies en retard](#), *ICI Alberta*, 7 septembre 2022.

<sup>13</sup> French, Janet, [Alberta's reliance on contract nurses could further erode health-care system, critics say](#), *CBC News*, 6 février 2023.

### 1.2.1. Listes d'attente : Québec 0 - 1 Alberta

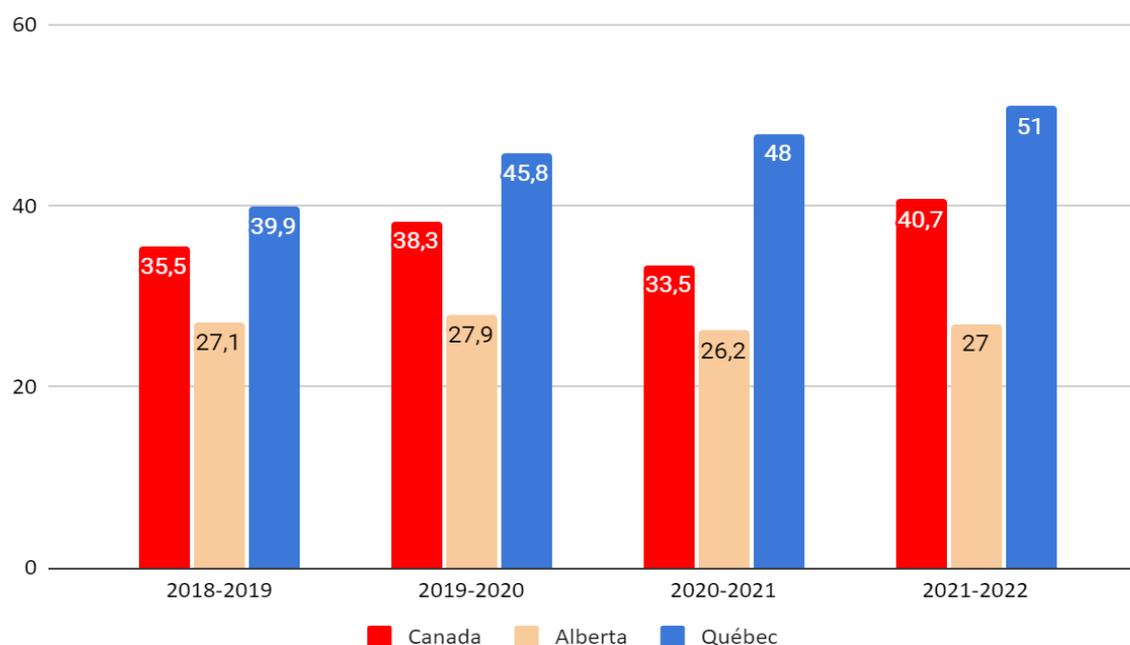
Graphique 1 : Temps d'attente à l'urgence jusqu'à l'évaluation initiale du-de la médecin pour 90 % des usager-ère-s (en heures, au Canada, en Alberta et au Québec)



Source : [ICIS](#)

Le graphique 1 présente le temps approximatif d'attente avant une première prise de contact de l'usager-ère avec un médecin à l'urgence pour le Canada, l'Alberta et le Québec. On y constate effectivement que si l'Alberta offre un service sensiblement plus rapide que la moyenne canadienne pour les 4 années compilées, le Québec, lui, fait figure de mauvais élève en dépassant systématiquement celle-ci. En 2021-2022 par exemple, les usager-ère-s avaient accès à un-e médecin à l'urgence en 3,8 heures en Alberta alors que la moyenne canadienne se situe à 4,2 heures. Pour le Québec, cette attente était de 6,2 heures.

**Graphique 2 : Durée totale du séjour au service d'urgence pour les patient·e·s admis·es (90 % des patient·e·s ont attendu moins d'heure) pour le Canada, l'Alberta et le Québec.**



Source : [ICIS](#)

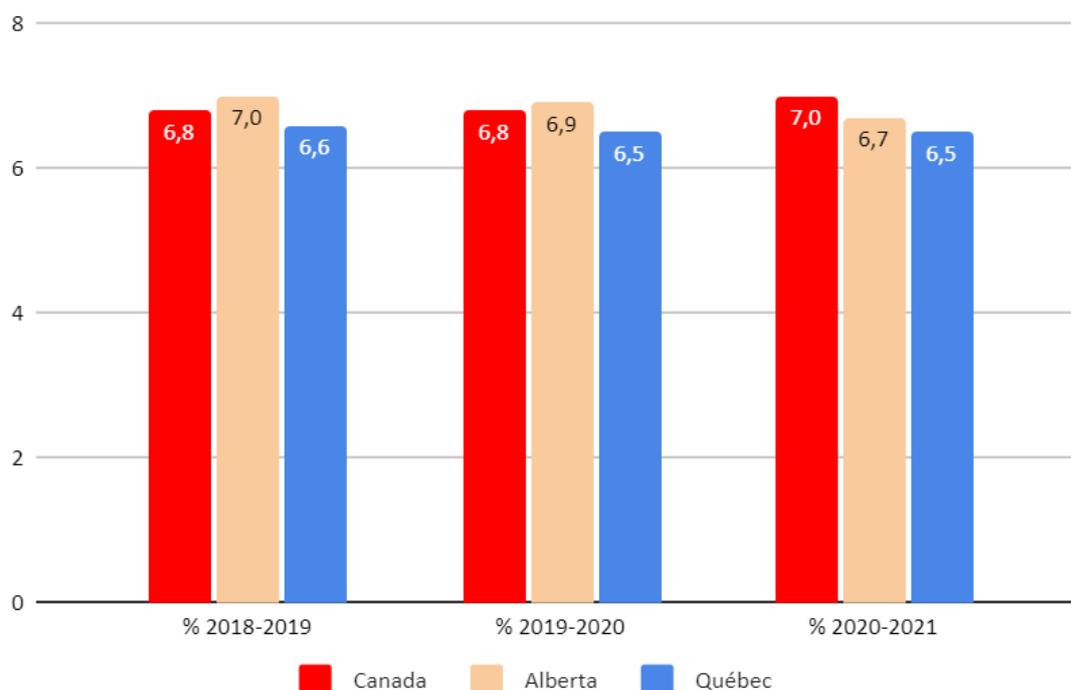
Sans surprise, cet état de fait se répercute également sur le temps total du séjour au service d'urgence, comme le montre le graphique 2. On y lit le temps écoulé entre la date et l'heure du triage ou de l'inscription et la date et l'heure où le-la patient·e est admis·e à l'hôpital et quitte le service d'urgence. Il est exprimé en heures et correspond à la durée totale maximale de l'attente au service d'urgence pour 90 % des patient·e·s admis·es par ce service. Une fois de plus, l'Alberta et le Québec se distinguent de la moyenne canadienne, le premier positivement et le second négativement. Alors que les durées de séjour moyen se situaient en 2021-2022 à 27 h en Alberta, cette durée était de 51 h au Québec. La moyenne canadienne pour la même année était de 40,7 h.

Évidemment, plusieurs facteurs peuvent expliquer les différences liées à la vitesse de services en urgence, par exemple le nombre de villes densément peuplées ou la philosophie de transférer au privé des patient·e·s, ce qui peut laisser croire que chaque système n'est pas parfaitement comparable. Cependant il est indéniable que le système albertain de gestion des listes d'attente permet une prise en charge plus rapide et des séjours plus courts. Selon les données compilées par l'ICIS, il s'agit d'ailleurs du parcours le plus expéditif au Canada. Reste à savoir si cette rapidité d'exécution se fait au détriment de la qualité des services rendus.

### 1.2.2. Qualité des soins : Québec 1 - 1 Alberta

S'il est épineux d'estimer précisément la qualité des soins, certains indicateurs en sont révélateurs, comme le pourcentage des réadmissions en hôpital à la suite de soins chirurgicaux, le ratio normalisé de mortalité hospitalière et les décès à la suite de chirurgie majeures. Comme nous le verrons dans les trois cas, le réseau québécois tire ici systématiquement son épingle du jeu, tant par rapport à l'Alberta qu'à la moyenne canadienne.

**Graphique 3 : Pourcentage des réadmissions en hôpital à la suite de soins chirurgicaux pour l'Alberta, le Québec et le Canada entre 2018 et 2021**



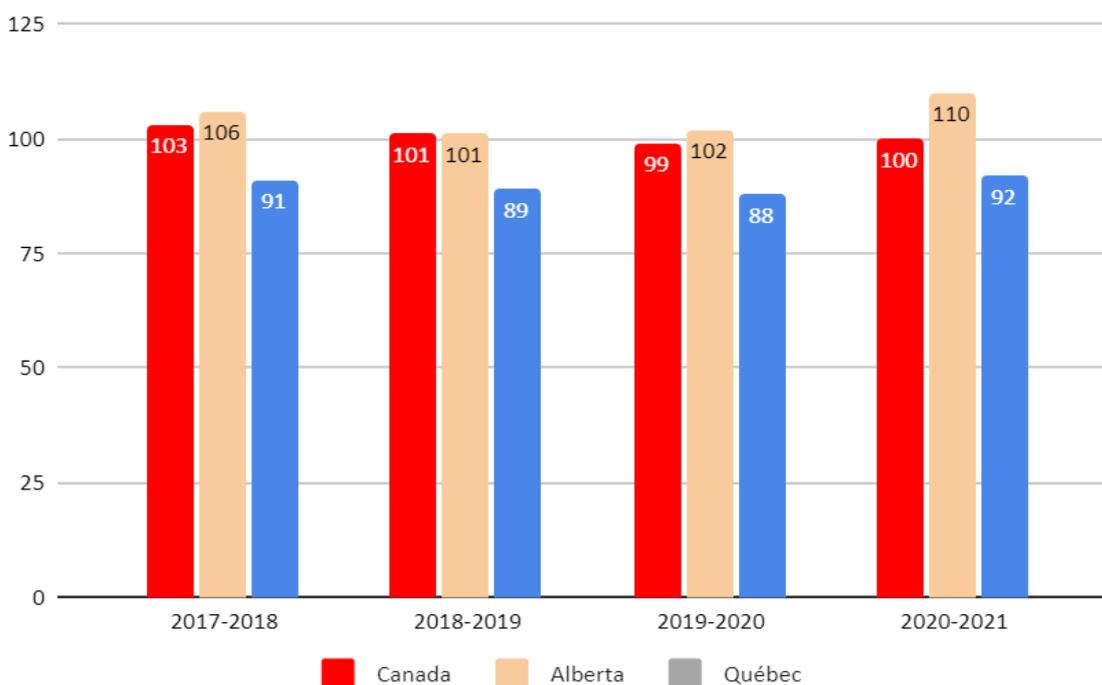
Source : [ICIS](#)

Le graphique 3 indique le pourcentage de réadmissions en hôpital à la suite de soins chirurgicaux pour l'Alberta, le Québec et le Canada. Cet indicateur représente le nombre de patient·e·s en soins chirurgicaux ré-admis·es à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur sortie initiale, sous forme de pourcentage. Bien que toutes les réadmissions ne puissent être évitées, ce taux peut être réduit par un meilleur suivi et une bonne coordination des soins dispensés aux patient·e·s après leur sortie<sup>14</sup>. Il est de plus généralement admis que ce type de réadmission a un effet important sur les coûts de traitement des patient·e·s.

On constate que pour les trois années disponibles, le Québec affiche un taux de réadmission légèrement plus faible que la moyenne canadienne et celle de l'Alberta. En 2020-2021 par exemple, il se situe à 6,5 %, contre 6,7 % pour l'Alberta et 7 % pour l'ensemble du Canada. Il est aussi intéressant de noter que le taux albertain se situait légèrement plus haut que la moyenne canadienne les deux années précédentes.

<sup>14</sup> ICIS, [Renseignement sur réadmission à l'hôpital, soins chirurgicaux-Alberta](#), page consultée le 25 avril 2023.

Graphique 4 : Ratio TNMH pour l'Alberta, le Québec et le Canada entre 2018 et 2022

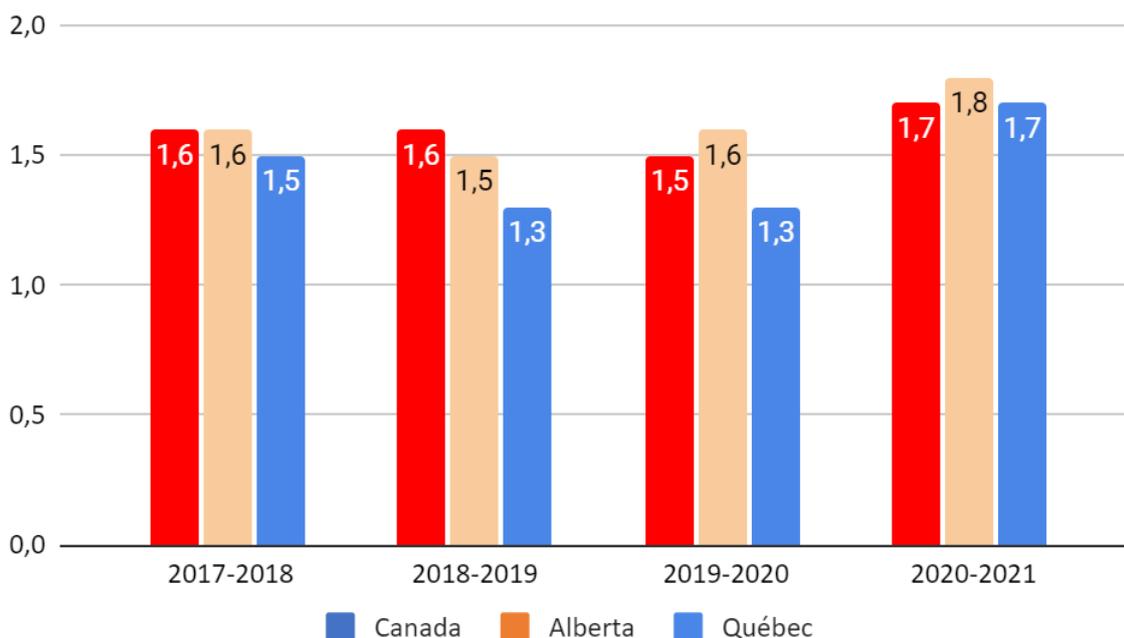


Source [ICIS](#)

Le Québec se démarque aussi par une mortalité hospitalière plus faible que la moyenne canadienne et que l'Alberta, comme permet de le constater le graphique 4. Lors des 4 années pour lesquelles les données étaient disponibles, le ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH)<sup>15</sup> du Québec se situait entre 88 et 92. Au Canada, il oscillait entre 99 et 103, alors que l'Alberta affichait un taux allant de 101 à 110.

<sup>15</sup> Que l'on pourrait définir comme : « le ratio entre le nombre réel de décès hospitaliers dans une région ou un hôpital et le nombre prévu de décès en fonction des types de patient-e-s traité-e-s dans une région ou un hôpital. On calcule le RNMH en divisant le nombre réel de décès hospitaliers par le nombre prévu de décès hospitaliers liés à des affections responsables d'environ 80 % de la mortalité hospitalière. Un faible résultat est souhaitable. Cette mesure est ajustée en fonction de certaines différences observées quant au type de patient-e-s traité-e-s dans un hôpital. Par exemple, on s'attend à davantage de décès dans un hôpital qui reçoit des patient-e-s ayant subi des traumatismes graves que dans un hôpital spécialisé dans les services de maternité ». Voir: [Renseignements sur décès à l'Hôpital-\(RNMH\) Alberta](#), page consultée le 25 avril 2023.

**Graphique 5 : Taux de décès à la suite d'une chirurgie majeure pour le Québec, l'Alberta et le Canada entre 2017 et 2021**



Source : [ICIS](#)

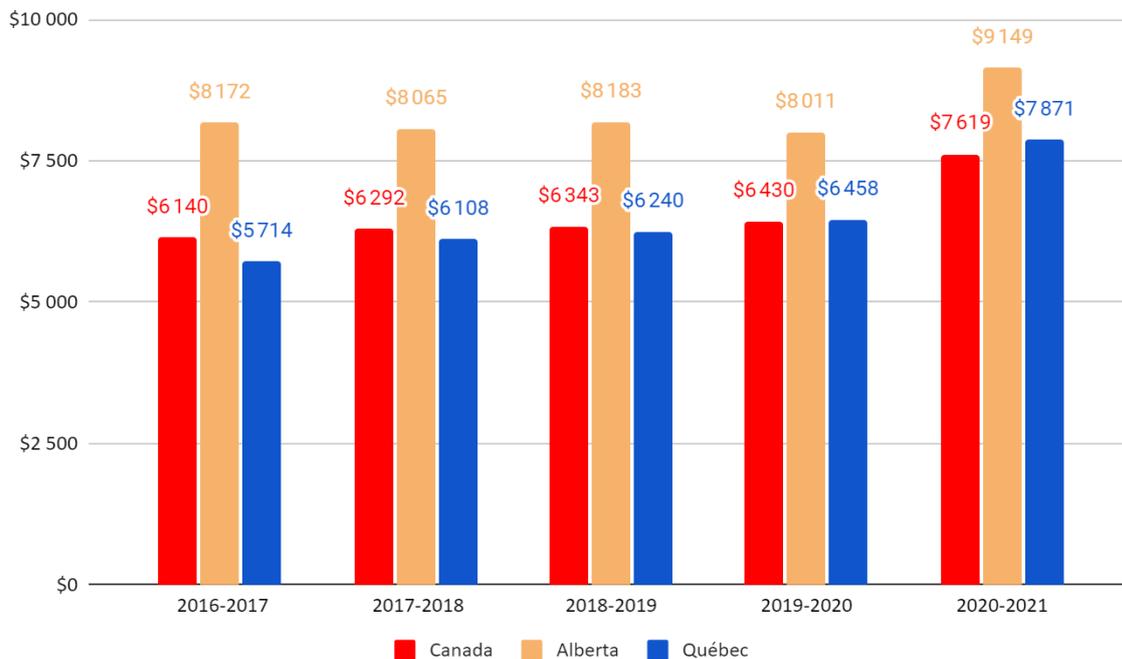
Pour ce qui est du nombre de décès à la suite d'une chirurgie majeure, les informations disponibles sont encore à l'avantage du Québec, comme le montre le graphique 5. En effet, ce taux<sup>16</sup> y reste systématiquement sous la moyenne canadienne en se situant entre 1,3 et 1,7 et figure d'ailleurs parmi les meilleurs au Canada. Les taux de l'Alberta se situent entre 1,5 et 1,8, passant par-dessus la moyenne canadienne en 2019-2020 et 2020-2021. Toutes causes confondues, cela implique plus de décès à l'hôpital dans les 30 jours suivant une chirurgie majeure en Alberta qu'au Québec.

En se fiant aux données disponibles permettant d'évaluer la qualité des soins offerts, on constate donc que les Québécois-es sont logé-e-s à une meilleure enseigne que leurs voisin-e-s albertain-e-s et que la moyenne des Canadien-ne-s. L'hypothèse selon laquelle la rapidité d'accès aux soins en Alberta se ferait aux dépens de la qualité des soins gagne donc en crédibilité.

<sup>16</sup> Que l'on calcule « en divisant le nombre de décès observé par le nombre de décès prévu, et en multipliant le tout par le taux moyen au Canada selon les risques ajustés ». Voir : ICIS, [Renseignement sur décès à l'hôpital à la suite d'une chirurgie majeure-Alberta](#), page consultée le 25 avril 2023.

### 1.2.3. Coûts par séjour hospitalier : Québec 2 - 1 Alberta

Graphique 6 : Coûts de séjour standard à l'hôpital pour l'Alberta, le Québec et le Canada de 2016 à 2021



Source : [ICIS](#)

La lecture du graphique 6 permet de constater un autre fait intéressant : contrairement à ce que le discours des adeptes du modèle albertain pourrait laisser croire, l'on constate que les coûts de séjour standard à l'hôpital sont plus élevés en Alberta qu'au Québec ou même que par rapport à la moyenne canadienne<sup>17</sup>, et ce, pour toutes les années étudiées par l'ICIS (2016-2021). Selon les années, le montant défrayé en Alberta est de 16 à 43 % plus élevé que celui défrayé au Québec. Les coûts albertains sont d'ailleurs les plus élevés au Canada selon les données disponibles.

Ayant établi précédemment que les ratios de réadmission étaient plus importants en Alberta qu'ailleurs au Canada, il est permis de supposer que la qualité de soins et services en Alberta participe à cette pression à la hausse sur les coûts de séjour.

La comparaison entre des indicateurs-clés de l'accès aux soins, de la qualité des services et des coûts de système au Québec et en Alberta vient donc discréditer l'hypothèse selon laquelle le Québec aurait à envier le modèle albertain et son agence. Si, effectivement, les soins d'urgence sont prodigués plus rapidement en Alberta, leur qualité y est inférieure, tant à celle du Québec qu'à celle de la moyenne canadienne, et les coûts de séjour standard à l'hôpital y sont également plus élevés.

<sup>17</sup> Notons que cette mesure correspond aux dépenses totales liées aux patient·e·s hospitalisé·e·s dans un hôpital, divisées par le nombre d'hospitalisations au cours d'un an. La mesure est ajustée en fonction de certaines différences quant aux types de patient·e·s, ce qui facilite la comparaison des résultats entre hôpitaux. Au Québec, les données financières et statistiques sont recueillies différemment par rapport au reste du Canada, elles sont mises en correspondance avec les normes SIG nationales pour le calcul d'indicateurs comparables. Voir : ICIS, [Coût d'un séjour standard à l'hôpital-Alberta](#), page consultée le 26 avril 2023.

Dans ces circonstances, l'APTS s'explique mal la volonté du ministre de « refonder »<sup>18</sup> le système de santé et de services sociaux québécois en le calquant sur le modèle albertain. Si l'on peut supposer que cette méthode permettrait de diminuer le temps d'attente aux urgences en redirigeant des usagers vers le secteur privé, elle ne garantirait pas une meilleure gestion des soins ou même des économies puisque ces dernières semblent directement liées à la qualité des soins. En ce sens, un comparatif Québec-Alberta ne permet pas de comprendre comment la création de l'Agence - telle que prévue dans le PL 15 - améliorera l'accès à des soins de qualité, comme souhaité dans le Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé (Plan santé).

**Recommandation 1** : Prendre acte que le modèle albertain sur lequel se base le PL 15 offre une qualité de soins moindre à des coûts plus élevés que le modèle québécois, et s'en éloigner.

---

<sup>18</sup> Prince, Véronique, [Refondation de la santé au Québec : un plan sur cinq à dix ans](#). *Radio-Canada*, 12 mars 2022.

## 2. PL 15 : meilleur accès aux soins ou cheval de Troie du privé?

En 2020, nous avons vécu une pandémie d'une rare ampleur qui nous a fait prendre conscience collectivement que notre système de santé frisait plus souvent qu'autrement le bris de services et que, si nous avons réussi à traverser la crise, c'était en grande partie grâce aux travailleur·euse·s et professionnel·le·s qui composent le réseau. En ce sens, le gouvernement s'est fié à la vocation de son personnel, à prédominance féminine, pour soutenir son système, sans pour autant reconnaître financièrement cet apport. Si l'état souffreteux du RSSS a choqué la population, d'autres n'étaient pas surpris·es des failles béantes que la pandémie a révélées. L'APTS, comme d'autres parties prenantes de notre système de santé et de services sociaux, prévient depuis longtemps que notre réseau est mis à mal. Plus souvent qu'autrement, les assauts les plus néfastes qu'il subit sont le fait du gouvernement lui-même, entre succession de réformes toujours plus centralisatrices, sous-financement chronique et recours sans cesse croissant au privé au détriment des ressources publiques. Bien que le gouvernement claironne avoir tiré des leçons du passé, le problème semble sur le point de revenir.

Voir le Québec reproduire le modèle albertain ne nous inquiète pas uniquement en ce qui a trait à la gouvernance. Le gouvernement québécois semble en effet déterminé également à s'inspirer de la place grandissante que son voisin albertain octroie au privé, alors même que la qualité des soins et des services sociaux est moindre dans les systèmes où celui-ci est plus présent – un fait observable en Alberta comme ailleurs. Une récente étude du journal scientifique *The Lancet* - portant sur les résultats du National Health Service (NHS) anglais, pionnier de la sous-traitance des soins vers le privé – démontre en effet que cela nuit à la qualité des services offerts, au point de mener à une hausse considérable du taux de mortalité traitable<sup>19</sup>.

L'APTS, en tant que syndicat représentant le personnel professionnel et technique qui œuvre en santé et services sociaux, notamment en santé publique, ne peut que s'opposer fermement à des mesures qui menaceraient cette dernière.

**Recommandation 2 :** Que le ministère prenne acte du fait qu'un recours accru au secteur privé en santé et dans les services sociaux tend à nuire à leur qualité.

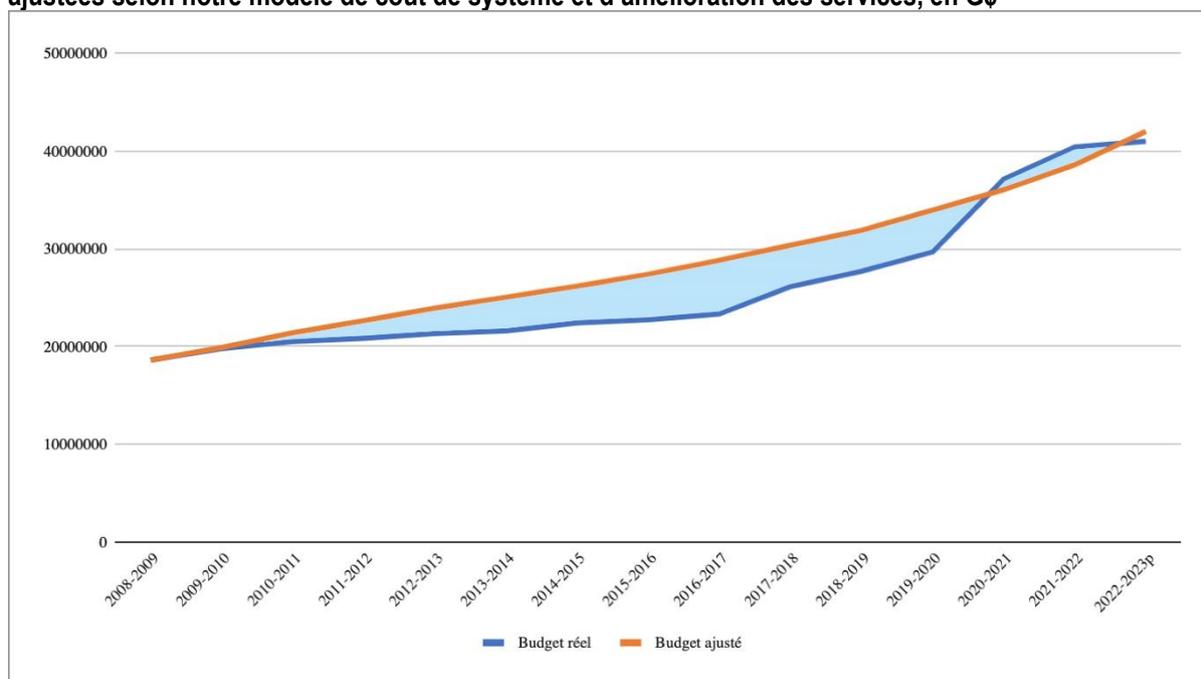
Pour cette raison, comme pour d'autres que nous évoquerons dans les pages qui suivent, notre organisation réitère son opposition farouche à l'augmentation et à l'officialisation de la sous-traitance des soins de santé et des services sociaux dans le système québécois, et donc au projet de loi tel qu'actuellement rédigé. Par les mécanismes d'accès et la gestion centralisée qu'il instaure, et en l'absence de dispositifs sérieux de reddition de comptes, le PL 15 n'entraînera ni plus ni moins qu'une privatisation des soins de santé et des services sociaux. À terme, cette cannibalisation du secteur public par le privé s'ajoutera aux séquelles de la centralisation à outrance laissées par les réformes Barrette et Couillard, parachevant éventuellement l'anéantissement d'un réseau dont le caractère public est pourtant au cœur des valeurs québécoises.

<sup>19</sup> Traduction libre de « Since the passing of the 2012 Health and Social Care Act in England, for-profit companies are providing an increasing share of NHS services. Concerns about the quality of care provided by for-profit companies appear to be justified as our findings show that outsourcing is associated with higher rates of mortality from causes that could be treated by effective medical interventions ». voir: Goodair, B., & Reeves, A., (2022), *Outsourcing health-care services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013–20 : An observational study of NHS privatization*, *The Lancet Public Health*, 7(7), e638-e646.

## 2.1. Désengagement de l'État, essor du privé et asphyxie du RSSS

Un rappel historique est de mise pour comprendre la position du gouvernement face au privé. Tout d'abord, la littérature scientifique indique que la promotion du privé en santé et services sociaux dans le discours gouvernemental se fait toujours sous le couvert de l'efficacité et des économies d'échelle<sup>20</sup>, et ce, bien que ces promesses ne se réalisent pas nécessairement - comme nous l'avons vu dans le cas albertain. Il est d'ailleurs souvent observé dans les études de discours que les gouvernements souhaitant se tourner vers le privé, notamment pour répondre à des problèmes d'ordre social, poursuivent souvent comme principal objectif une réduction de la main-d'oeuvre publique<sup>21</sup>. Cela passe généralement par une diminution des ressources allouées au secteur public afin de créer une pression à la hausse de la demande de soins et services et d'engendrer une dépendance artificielle au secteur privé. Le réseau public perd alors graduellement sa faculté à répondre aux besoins de la population, en plus de se retrouver en compétition avec le privé lorsque vient le temps d'attirer du personnel<sup>22</sup>. Au Québec, ces politiques de réduction des coûts entraînent depuis des années déjà un sous-financement chronique et considérable des services à la population.

**Graphique 7 : Évolution des dépenses réelles du « Programme services à la population » et des dépenses ajustées selon notre modèle de coût de système et d'amélioration des services, en G\$**



Source : Comptes publics 2008-2009 à 2021-2022, vol. 2, Gouvernement du Québec; Budget des dépenses 2022-2023, Gouvernement du Québec; Statistique Canada. Tableau 18-10-0005-01 Indice des prix à la consommation, moyenne annuelle, non désaisonnalisé; Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2019, Institut canadien d'information sur la santé, données pour l'année 2017; Statistique Canada, Estimations de la population (2022), adapté par l'Institut de la statistique du Québec; Institut de la statistique du Québec (ISQ), Mise à jour 2022 des perspectives démographiques du Québec et des régions, 2020-2066, scénario de référence.

<sup>20</sup> Dunlop, J. M. (2006), *Privatization : How government promotes market-based solutions to social problems*, *Critical Social Work*, 7(2), Article 2.

<sup>21</sup> Ibid.

<sup>22</sup> Il est en effet crucial de prendre en considération la très large prédominance féminine au sein du secteur de la santé et des services sociaux. Les femmes assumant généralement la majorité des tâches domestiques et des soins aux proches, leur offrir une conciliation famille-travail-proche-aidance plus harmonieuse est incontournable pour les attirer et les retenir dans le RSSS. Cette meilleure conciliation est d'ailleurs, sans surprise, l'un des avantages compétitifs majeurs brandis par les agences et les entreprises privées dans le contexte du recrutement. Compte tenu des responsabilités qui leur incombent, on peut supposer que les femmes sont plus susceptibles de privilégier des bénéfices immédiats (stabilité des horaires, congés de soir et de fin de semaine, lieu de travail, etc.) à des bénéfices à long terme (comme ceux liés à la retraite par exemple).

Le graphique 7 montre deux séries de données qui nous permettent d'évaluer le manque à gagner que le gouvernement québécois a maintenu depuis 2007. La première série présente l'évolution des dépenses réelles allouées au programme « Services dispensés à la population ». La seconde représente l'évolution de ces dépenses en postulant une croissance basée sur les coûts de système et l'amélioration des services. Pour créer cette seconde série, nous nous basons sur le modèle proposé par le ministère des Finances lui-même dans le cadre du dépôt du budget de juin 2014<sup>23</sup>. Ainsi, quatre éléments sont à la base du facteur de croissance que nous appliquons aux dépenses de santé à partir de leur niveau de 2008-2009 : 1) l'impact du vieillissement de la population, 2) la croissance démographique, 3) l'inflation spécifique au secteur de la santé et 4) les coûts d'amélioration et de bonification des services. En calculant la différence entre les deux courbes, ce modèle nous permet d'estimer que le gouvernement du Québec a asphyxié le système de santé de près 33,5 G\$ en 14 ans (2008-2009 à 2022-2023). Le graphique permet donc de constater que le financement du réseau ne suit plus les coûts d'exploitation normaux du RSSS depuis 2009. Ainsi sous-financés, certain·e·s services et activités ont dû être priorisé·e·s au détriment d'autres, avec les impacts délétères que nous connaissons sur la capacité du système à répondre aux besoins populationnels.

## 2.2. Moins coûteux le privé?

Considérant les prix prohibitifs pratiqués par l'industrie privée – jusqu'à 2,5 fois plus élevés qu'au public<sup>24</sup> – le gouvernement aurait au contraire tout intérêt à ramener l'ensemble des services de santé et des services sociaux au sein du réseau public. Rappelons d'ailleurs que le pays de l'OCDE qui affiche le plus haut taux de privatisation des services de santé et des services sociaux, les États-Unis, est aussi - et de loin - celui dont les dépenses publiques en santé sont les plus élevées, autant per capita<sup>25</sup> que relativement au PIB<sup>26</sup>.

En outre, et comme l'a démontré l'APTS dans son mémoire concernant le projet de loi 10, Loi limitant le recours aux agences de placements dans le réseau, les sommes en main-d'oeuvre indépendante (MOI) ne sont pas les seules à avoir augmenté de façon spectaculaire, les dépenses en services achetés ont elles aussi explosé<sup>27</sup>. Combinés, les établissements du RSSS dépensaient déjà un peu plus de 2,3 milliards de dollars en services achetés au privé en 2015-2016. Six ans plus tard, en 2021-2022, ce montant avait grimpé à 4,88 milliards de dollars, soit plus du double<sup>28</sup>. Cela signifie que le privé ne se contente pas d'accaparer sans cesse plus de ressources qui pourraient être allouées aux établissements publics, mais qu'il vampirise aussi le budget déjà insuffisant qui leur est consenti par l'État.

Ainsi, et à l'inverse de ce que prétend le gouvernement, le privé est déjà bien installé en santé et services sociaux, avec des résultats que l'on qualifiera par politesse de très mitigés. L'APTS comprend que la pandémie de COVID-19 a laissé des traces sur le RSSS et sur le gouvernement actuel. Notre organisation comprend – et appuie – la volonté du gouvernement de résoudre la crise de la main-d'oeuvre actuelle pour mieux répondre aux besoins, notamment démographiques, d'une population vieillissante. Elle est cependant convaincue que légiférer en faveur d'un recours renforcé au privé n'est pas la voie à suivre, pas plus qu'une pression accrue sur le personnel par le biais d'outils technologiques d'évaluation et de comptabilisation du temps octroyé au·à la patient·e.

---

<sup>23</sup> Ministère des Finances, Gouvernement du Québec (Éd.), (2014), *Budget 2014-2015*, Publications du Québec.

<sup>24</sup> Plourde, Anne, *Gaétan Barrette a prouvé que le privé en santé coûte plus cher que le public*, IRIS, Montréal, Canada, 24 avril 2023, page consultée le 25 avril 2023, et PLOURDE, Anne, HÉBERT, Guillaume, *Coûts de certaines procédures médicales dans le privé et le public: mise au point*, IRIS, 25 avril 2023, page consultée le 27 avril 2023.

<sup>25</sup> ICIS, (2022), *Tendances des dépenses nationales de santé, 2022—Analyse éclair*, Institut canadien d'information sur la santé.

<sup>26</sup> Morgan, D., & Xiang, F., (2022), *Tendances récentes des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, et réactions aux chocs économiques et épidémiques*, *Médecine Des Maladies Métaboliques*, 16(3), p. 214-224.

<sup>27</sup> APTS, *Pour que le réseau s'affranchisse convenablement et définitivement du privé : Mémoire de l'APTS*, 10 mars 2023, Québec, p.11.

<sup>28</sup> AS-471, 2015-2016 et 2021-2022.

Tout accroissement intentionnel ou même consentant de la participation du privé au système de santé et de services sociaux québécois de la part du gouvernement doit être fermement condamné.

## 2.3. La stabilisation du financement du RSSS : condition *sine qua non* d'un meilleur accès aux soins

À la lumière de la démonstration qui précède, l'APTS en arrive à la conclusion qu'une stabilisation du financement de la santé et des services sociaux est de mise. Afin d'éviter l'alternance destructurante entre des périodes de coupures et des périodes de réinvestissement, nous proposons d'instaurer le principe du bouclier budgétaire<sup>29</sup>. Ce dernier pourrait fonctionner de la manière suivante : chaque année, le gouvernement devrait confier le mandat à la personne Vérificatrice générale (VG) de produire une analyse des crédits nécessaires pour maintenir le niveau des services offerts par le réseau et répondre aux nouveaux besoins populationnels. L'établissement du niveau de financement du RSSS devrait alors minimalement s'arrimer aux sommes indiquées par la VG. La mise en place d'un tel mécanisme permettrait au gouvernement d'envoyer un message fort à la population et au personnel du réseau : à partir de maintenant, aucun retour à l'équilibre budgétaire ne se fera au détriment de la capacité du RSSS à bien remplir ses missions.

**Recommandation 3 :** Instaurer un mécanisme de bouclier budgétaire afin de stabiliser le financement du réseau de la santé et des services sociaux.

## 2.4. Des garde-fous indispensables

Advenant qu'au mépris de nos avertissements répétés le gouvernement persévère – aux risques et périls de tou·te·s – dans la voie de la privatisation des services de santé et sociaux, la désinvolture ne pourra s'adjoindre à l'entêtement sans nous mener à la catastrophe. C'est dans cette optique de mitigation des dommages que l'APTS souhaite proposer des modifications significatives aux dispositions qui codifient la privatisation du RSSS dans le projet de loi.

L'APTS considère en effet plusieurs passages de ce projet de loi comme problématiques en ce qu'ils facilitent sans discernement le recours au privé. Notre attention s'est plus précisément portée sur les articles en lien avec les mécanismes d'accès (articles 62 à 64), la gestion centralisée de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés des département cliniques (point 3 gouvernance, articles 188 à 194) et les établissements privés (chapitre 3, articles 294 à 321).

---

<sup>29</sup> Tel que défini dans APTS, *Les Clés d'un budget juste et profitable à tou·te·s : Présenté au ministre des Finances, Éric Girard, dans le cadre des consultations prébudgétaires 2023-2024*, 23 janvier 2023, p. 17 à 20 et APTS, *Pérenniser le financement le financement du réseau de la santé et des services sociaux: Présenté au ministre des Finances, Éric Girard, dans le cadre des consultations prébudgétaires 2022-2023*, 2 février 2022, p. 14 à 17.

### 2.4.1. Les mécanismes d'accès

Les mécanismes d'accès aux soins de santé et aux services sociaux constituent un élément central du PL 15. Le passage afférent confère une énorme liberté à l'Agence pour établir les grandes lignes directrices du mécanisme d'accès aux divers services de santé, contre à peine quelques obligations.

Encore une fois, ces mécanismes d'accès seront balisés par règlement de l'Agence, une façon de faire que l'APTS juge lacunaire du point de vue démocratique. En s'octroyant le droit de les moduler de façon unilatérale, l'Agence centralise l'ensemble des pouvoirs et prive la société civile de toute participation aux échanges qui façonneront l'accès à ses services de santé et sociaux. À défaut d'enchâsser ces modalités dans le projet de loi, et comme il s'agit d'un règlement de société d'État, l'APTS croit que le règlement général de Santé Québec prévu à l'article 63 devrait être minimalement rendu disponible à la population sur son site Web, tout comme la liste des prestataires privés soumis à un mécanisme d'accès. Les renseignements nécessaires au fonctionnement d'un système de mécanismes d'accès qui sont à l'heure actuelle déjà identifiables par le-la législateur-riche devraient quant à eux figurer à même le texte de loi.

L'APTS croit également que les règlements et les mécanismes d'accès devraient être réévalués tous les 3 ans par la VG.

**Recommandation 4** : Que les règlements de l'Agence prévus à l'article 63 soient minimalement rendus disponibles à la population sur son site Web.

**Recommandation 5** : Que le ministre se dote d'un registre des contrats entre Santé Québec et les établissements privés et le rende public. Il comprendrait le nom de l'entreprise ayant obtenu le contrat, le type de services inclus dans le contrat, sa durée et la somme déboursée par Santé Québec pour chaque service rendu par l'établissement privé contractant.

## 2.4.2. La gestion centralisée de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés des départements cliniques

C'est à la lecture des passages concernant la gestion centralisée de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés des départements cliniques que l'on prend conscience de l'ampleur de la place que le ministre veut faire au privé. L'APTS constate que beaucoup de liberté d'interprétation est laissée aux différentes parties prenantes<sup>30</sup>. Celle que nous en faisons est que les seuls indicateurs qui seront pris en compte pour déterminer si un établissement peut envoyer des patient·e·s au privé seront les listes d'attente et les temps d'attente, à l'insu d'indicateurs qui porteraient par exemple sur la qualité des soins et services, sur la lourdeur des cas traités ou encore sur la moyenne de cas pris en charge par les intervenant·e·s. Il est inconcevable pour l'APTS que le recours au privé soit toléré de façon aussi laxiste. Le transfert de patient·e du public vers le privé devrait être vu comme un dernier recours et donc être strictement encadré. Dans l'état actuel du projet de loi, l'APTS craint fortement l'avènement au Québec du *patient dumping* qui réfère au fait qu'un hôpital qui est théoriquement capable de fournir les soins médicaux nécessaires transfère un·e patient·e vers un autre établissement ou renvoie simplement le·la patient·e en raison de son incapacité à payer les services<sup>31</sup>. Cela peut se faire en raison de trop longues listes d'attente ou pour garder des bons résultats sur des indicateurs. En plus de mener à une moins bonne qualité des soins et services, cela peut créer un phénomène de porte tournante où les usager·ère·s entrant dans un établissement public sont renvoyé·e·s au privé, puis à nouveau redirigé·e·s vers le public puisque, outre l'évaluation d'un cas, le privé n'a pas l'obligation de traiter un cas jugé trop compliqué<sup>32</sup>. Ce transfert massif d'usager·ère·s du secteur public vers une industrie privée rémunérée à même les caisses publiques soulève évidemment des inquiétudes majeures - considérant les coûts prohibitifs qui y sont pratiqués<sup>33</sup> et la qualité de services inférieure qui y est offerte - comme en témoigne l'expérience albertaine.

**Recommandation 6** : Que le projet de loi établisse une procédure de vérification continue pour éviter la possibilité de *patient dumping* par l'Agence.

## 2.4.3. Obligations et reddition de comptes du secteur privé

Lorsque le gouvernement a annoncé son souhait de voir le privé se déployer davantage en santé et services sociaux, l'APTS s'attendait à tout le moins à voir apparaître dans le PL 15 une série de procédures relatives à la reddition de comptes et aux obligations des prestataires. À la lumière notamment de l'épisode pandémique, il va de soi qu'une meilleure imputabilité doit primer au sein du secteur de la santé et des services sociaux et particulièrement dans les établissements privés, non seulement en matière de qualité des soins, mais aussi pour prévenir leur fâcheuse tendance à la surfacturation ou - dans certains cas malheureusement trop peu isolés - à facturer des services qui n'existent pas<sup>34</sup>.

Or, force est de constater que le PL 15 se fait timide en la matière, ce qui nous fait partager les préoccupations de la VG albertaine, particulièrement en ce qui concerne les articles 319 à 321, qui imposent une reddition minimale et ne lui permettent pas de faire son travail adéquatement.

<sup>30</sup> Plus particulièrement les articles 188 à 194.

<sup>31</sup> [Traduction libre de l'International Risk Management Institute.](#)

<sup>32</sup> Tel que prévu à l'article 324.

<sup>33</sup> Plourde, Anne, [Gaétan Barrette a prouvé que le privé en santé coûte plus cher que le public](#), IRIS, Montréal, Canada, 24 avril 2023, et Plourde, Anne, Hébert, Guillaume, [Coûts de certaines procédures médicales dans le privé et le public: mise au point](#), IRIS, 25 avril 2023.

<sup>34</sup> Larouche, V., (2023, avril 26), [Des bains fictifs facturés pour des personnes âgées](#), La Presse.

Lors de son passage en commission parlementaire le 19 avril dernier, celle-ci avait demandé que le projet de loi soit ajusté pour lui donner accès à toute l'information qui lui permettrait, notamment, de bien auditer la gestion des ressources.

Elle proposait également d'ajouter des articles qui obligerait les établissements privés prestataires à lui fournir leurs rapports financiers et tous documents ou renseignements jugés nécessaires, à sa demande. L'APTS appuie cette proposition, qu'elle fait sienne<sup>35</sup>.

**Recommandation 7** : Que le gouvernement donne droit à l'ensemble des recommandations de la Vérificatrice générale lors de son témoignage en commission parlementaire du 19 avril dernier, à savoir :

- que le·la Vérificateur·rice général·e puisse avoir les coudées franches pour auditer les entreprises privées en santé;
- que les établissements privés soient dans l'obligation de fournir tous rapports financiers et documents ou renseignements jugés nécessaires par la VG dans le cadre de ses fonctions.

Finalement, l'APTS est préoccupée par le manque de mécanismes de vérification concernant les dispositions applicables aux établissements publics et privés. En effet, et si l'article 324 - entre autres - prévoit plusieurs obligations concernant la prise en charge des patient·e·s, aucune mesure n'est prise pour empêcher que le privé choisisse à sa discrétion et selon ses capacités les cas moins lourds, plus facile à soigner et retourne au public ceux qui sont plus lourds et plus longs à soigner.

**Recommandation 8** : Que soit confié au·à la Vérificateur·rice général·e le mandat d'enquête et d'évaluation du mécanisme d'accès et des obligations de prestation des services de santé et services sociaux des établissements privés découlant de l'article 324, et ce, tous les 3 ans.

**Recommandation 9** : Qu'un principe général de limitation soit introduit dans le projet de loi afin que le recours au privé soit, en tout temps et en toutes circonstances, un dernier recours.

---

<sup>35</sup> Assemblée nationale, [Séances des commissions : Santé et services sociaux, Vérificateur général du Québec: Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n. 15, loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace](#), 43 minutes, 19 avril, 2023.

### 3. PL 15 : la centralisation à son apogée

Dans son discours d'ouverture de la session parlementaire 2021, le Premier ministre François Legault s'est longuement attardé sur le RSCS. Il affirmait alors que, « que ce soit dans le secteur privé ou dans le secteur public, ç'[avait] été démontré qu'une gestion efficace, ça commen[çait] d'abord avec un mot très important : décentralisation ». Il poursuivait en se désolant que le Québec ait « actuellement un réseau de la santé qui est beaucoup trop centralisé »<sup>36</sup>.

À la lecture du projet de loi, cette affirmation étonne. Il est en effet particulièrement difficile de voir de quelle façon la structure titanesque qui serait constituée par le projet de loi permettrait une décentralisation. Qualifiée par des analystes politiques de « plus grande opération de centralisation de l'histoire [du Québec] en matière de santé »<sup>37</sup>, l'Agence est tout sauf un vecteur de décentralisation. On y observe plutôt une concentration massive des pouvoirs entre les mains de ses cadres, centralisation d'ailleurs dénoncée comme excessive par Michel Clair, dont le rapport est la source d'inspiration directe et avouée de la réforme proposée<sup>38</sup>.

Or, les expériences passées de centralisation dans le RSCS sont loin d'avoir été couronnées de succès. La réforme Barrette est aujourd'hui vue de façon quasi-consensuelle comme un échec retentissant, en majeure partie parce que la concentration des pouvoirs a pavé la voie à une bureaucratie centrale lourde et inefficace, qui ralentissait les décisions sur le terrain de façon significative et minait par conséquent l'efficacité des soins et services offerts<sup>39</sup>.

Il ne fait pas de doute que la pandémie a mis au grand jour de graves problèmes en matière d'accès aux données et d'imputabilité. Disposer de l'information nécessaire pour brosser un portrait précis et complet du RSCS est essentiel à son bon fonctionnement, notamment afin de planifier les besoins en main-d'œuvre. Il ne faut cependant pas confondre concentration de l'information et concentration des pouvoirs. La première permet d'avoir un portrait clair des activités et des besoins, la seconde alourdit, ralentit et éloigne les décisions des personnes auxquelles elles sont censées servir. Comme l'affirmait le Premier ministre lui-même en octobre 2021, « la responsabilité du ministère de la Santé, ça devrait être de fixer des objectifs de performance et de suivre les résultats. Mais les personnes qui sont les mieux placées pour choisir les meilleurs moyens pour atteindre ces objectifs, ce sont les personnes qui sont sur le terrain. Ce sont les personnes qui sont proches de l'action »<sup>40</sup>.

#### 3.1. Gestion de proximité ou décentralisation affectée?

Une vraie gestion de proximité nécessite que de réels pouvoirs soient octroyés aux personnes qui prennent les décisions au niveau local et régional. Dans les premières pages du projet de loi, l'article 29 met de l'avant le principe de subsidiarité, censé guider cette pratique<sup>41</sup>. Ce principe est le bienvenu mais il faut clarifier de quelle façon il sera concrètement mis en place dans la structure organisationnelle proposée.

---

<sup>36</sup> Legault, François, *Discours d'ouverture, 42e législature, 2e session (19 octobre 2021—28 août 2022)*, Assemblée nationale du Québec, 2021.

<sup>37</sup> Lessard-Therrien, É., *Agence Santé Québec ou la centralisation des pouvoirs*, *Le Journal de Montréal*, 3 avril 2023.

<sup>38</sup> Lévesque, F., *Santé Québec : Michel Clair émet des bémols*, *La Presse*, 5 avril 2023.

<sup>39</sup> Caillou, A., *La pire réforme de la santé*, *Le Devoir*, 8 février 2020.

<sup>40</sup> Bellerose, Patrick, *« Réseau de la santé : Legault promet « une vaste décentralisation » »*, *Le Journal de Québec*, 19 octobre 2021.

<sup>41</sup> Québec, *Dépôt du projet de loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*, Projet de loi, 29 mars 2023, article 29.

En plus de retirer un des principaux outils de gouvernance de proximité, soit la négociation des matières locales, le projet de loi concentre les pouvoirs entre les mains du PDG de l'Agence et réduit de façon significative les pouvoirs des administrateur·rice·s des établissements.

Prenons l'article 885, par exemple :

**885** - L'article 31.3 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « Le conseil d'administration de l'établissement » par « Santé Québec, lorsqu'il s'agit de l'un de ses établissements, ou le conseil d'administration de l'établissement, dans les autres cas »<sup>42</sup>.

L'article 33.1 de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ), lui, se lit actuellement ainsi :

**33.1** - *Le directeur doit veiller au maintien, au sein de l'établissement qui exploite un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, de pratiques et d'une allocation de ressources lui permettant d'exercer adéquatement ses responsabilités.*

*Le conseil d'administration de l'établissement doit, chaque trimestre, entendre le directeur afin qu'il lui fasse état de l'exercice de ses responsabilités et du fonctionnement du centre de protection de l'enfance et de la jeunesse*<sup>43</sup>.

Il ressort de cette modification que le·la Directeur·rice de la protection de la jeunesse devra dorénavant faire rapport à l'Agence - sans qu'il ne soit précisé à qui exactement : des employé·e·s, des cadres, le·la PDG? - plutôt qu'au conseil d'administration de l'établissement, ce qui soulève un ensemble de questions relatives, notamment, à la transparence et au rôle des expert·e·s indépendant·e·s dans de telles activités, particulièrement sur des enjeux aussi sensibles que celui de la jeunesse.

Cela nous semble directement en porte-à-faux avec les recommandations du Rapport Laurent, qui statuait au chapitre 14 que la centralisation portée par la réforme Barrette avait « accéléré la perte de leadership » en protection de la jeunesse <sup>44</sup>, mettant en garde contre une nouvelle réforme, particulièrement une qui diminuerait encore plus le leadership national en protection de la jeunesse au sein d'une structure centralisée: « nous ne retenons donc pas l'idée d'une nouvelle réforme de structure. Les coûts humains, financiers, les efforts requis ainsi que la déstabilisation découlant nous apparaissent contre-productifs dans la perspective d'améliorer à court terme les services aux jeunes et aux familles »<sup>45</sup>.

Cet exemple est en un parmi d'autres et met en lumière l'affirmation de la Commissaire à la santé et au bien-être, qui soulignait en commission parlementaire que le projet de loi ne « confère pas l'opérabilité aux établissements mais à Santé Québec ». Ce constat entre en contradiction directe avec la déclaration du ministre selon laquelle « le personnel sera également davantage impliqué dans l'organisation du travail » et qu'il « pourra faire part de ses demandes et contribuer aux solutions » <sup>46</sup>.

Nous souhaitons que cela soit le cas, et félicitons le ministre si telle est en effet son intention. Cependant, nous doutons fortement que le PL 15, tel qu'actuellement écrit, et l'Agence, telle que pensée, permettront de concrétiser ce souhait.

---

<sup>42</sup> ibid, article 885.

<sup>43</sup> Québec, [Loi de la protection de la jeunesse](#), article 33.1

<sup>44</sup> Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, *Instaurer une société bienveillante pour nos jeunes*, Gouvernement du Québec, 2021, p. 14.

<sup>45</sup> Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, p. 384.

<sup>46</sup> Québec, [Plus d'efficacité pour un meilleur accès au soin](#), 29 mars 2023. p.3.

Dans un même ordre d'idées, prenons à présent l'institution des conseils multidisciplinaires de santé [267] et de services sociaux [275]<sup>47</sup>. La scission en deux comités distincts est la bienvenue et correspond d'ailleurs partiellement à une recommandation du Rapport Laurent à l'effet « d'adapter le modèle des CISSS CIUSSS à la réalité des services sociaux »<sup>48</sup>. Quels sont, néanmoins, leurs pouvoirs réels?

L'ensemble de la structure organisationnelle de Santé Québec pointe vers les hautes instances nationales et centralisées de l'institution. Les instances telles que ces conseils multidisciplinaires ont, dans les faits, le simple pouvoir de « donner leur avis » [276]<sup>49</sup> au Conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique, qui lui-même, « donne son avis » [153] au PDG de l'établissement<sup>50</sup>. L'article 131 prévoit que cette dernière doit à son tour soumettre pour approbation l'ensemble de ses décisions d'organisation des services à la personne présidente et cheffe de la direction<sup>51</sup>. Voilà une longue et lourde liste bureaucratique d'avis et de recommandations avant d'arriver à une décision effective qui, si l'on en croit les expériences passées, laisse planer un fort doute sur l'implication réelle et véritable du personnel dans l'organisation du travail.

**Recommandation 10** : Que le gouvernement réserve des sièges à des représentant·e·s des travailleur·euse·s sur le conseil d'administration de l'Agence, sur chacun des conseils d'établissements et sur ses divers comités.

**Recommandation 11** : Que soit revue en profondeur la structure organisationnelle élaborée dans le projet de loi afin de décentraliser significativement les pouvoirs.

### 3.2. Une centralisation des comptes et rapports qui nuit à la transparence

La centralisation de la réforme Barrette a eu pour effet de consolider de nombreux rapports financiers et de gestion entre différents CSSS et leur agence régionale vers une entité commune qui regroupe actuellement les CISSS et les CIUSSS. Ce processus de fusion des établissements et la consolidation des rapports financiers camouflent les sommes dépensées dans les composantes des nouvelles structures centralisées. Les rapports financiers nous donnent au plus une image de ce qui a été dépensé sur un territoire régional donné. Ce faisant, il devient difficile de retracer correctement où va l'argent et à quelles fins.

Chaque année, les établissements publics et privés conventionnés qui composent le RSSS doivent transmettre annuellement leur rapport financier, connu sous le nom de AS-471, un rapport standardisé qui contient plusieurs informations importantes, notamment sur l'opérationnalisation des services des établissements par programmes et services. Comme plusieurs autres intervenant·e·s de la société civile, l'APTS consulte et utilise fréquemment<sup>52</sup> ces rapports financiers pour étayer ses propos lors de ses représentations auprès du ministère et du gouvernement<sup>53</sup>.

<sup>47</sup> Québec, [Dépôt du projet de loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace](#), Projet de loi, 29 mars 2023, articles 267 et 275.

<sup>48</sup> Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, *Instaurer une société bienveillante pour nos jeunes*, Gouvernement du Québec, 2021, p. 396.

<sup>49</sup> Québec, [Dépôt du projet de loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace](#), Projet de loi, 29 mars 2023, articles 276.

<sup>50</sup> *ibid*, article 153.

<sup>51</sup> *ibid*, article 131.

<sup>52</sup> *ibid*, article 99 à 105 et 1086.

<sup>53</sup> APTS, *Pour que le réseau s'affranchisse convenablement et définitivement du privé : Mémoire de l'APTS*, 10 mars 2023, Québec, p.11.

À la lecture des articles **99 à 105** en concordance avec l'article **1086**, l'APTS doit signaler sa profonde inquiétude concernant la future émission du rapport financier de l'Agence. Notre organisation trouve en effet inconcevable que la personne législative se prépare à faire disparaître les rapports des établissements publics au profit d'un unique rapport financier, qui consoliderait l'ensemble des filières de l'Agence. Cette façon de faire, qui ne permettra plus - par exemple - de ventiler l'information par région, rendrait le processus de distribution et d'utilisation des ressources financières du RISSS encore plus opaque, la surveillance de l'Agence plus ardue et son imputabilité plus ténue.

**Recommandation 12** : Que le projet de loi inclue que l'Agence soit dans l'obligation de remettre, au moins une fois par année, les rapports financiers des établissements territoriaux, regroupés et désignés tels qu'actuellement avec les AS-471.

### 3.3. L'agence Santé Québec : nouvelle autorité ou paravent du ministre?

À de nombreuses reprises, le ministre a affirmé que l'Agence serait une façon de sortir les opérations du ministère<sup>54</sup> dans un objectif de décentralisation. Cet objectif, s'il est honorable, n'est cependant pas reflété dans le projet de loi. Le ministre et le gouvernement gardent des pouvoirs d'intervention importants - parfois sans réel contre-pouvoir à leur application - ou encore sans détailler les contextes dans lesquels pourraient s'opérer ces interventions du politique. À cet égard, les articles **27** sur le découpage des régions sociosanitaires et l'article **656** sur les projets expérimentaux concernant l'organisation des ressources humaines et matérielles inquiètent particulièrement l'APTS.

En ce qui concerne le premier article, notre inquiétude provient de la prérogative qui est accordée au ministre de procéder à un découpage de la carte des régions sociosanitaires sur lesquelles se basent les établissements territoriaux, pour peu que celui-ci le juge pertinent et qu'il consulte l'Agence au préalable. En procédant de la sorte, le ministre s'arroge un pouvoir de vie ou de mort sur les établissements territoriaux, qui peuvent à tout moment être fusionnés les uns avec les autres. Même l'ancien ministre Barrette n'était pas allé jusque-là dans sa centralisation des pouvoirs et la composition des CISSS/CIUSSS est à ce jour reliée à des régions inscrites dans la loi<sup>55</sup>. L'APTS croit que tout redécoupage des régions sociosanitaires contiguës que le ministre voudrait faire doit être balisé par un processus de modification par projet de loi.

Pour ce qui est de l'article sur les projets expérimentaux [**656**], notre inquiétude provient du fait que le ministre s'y arroge le droit de faire abstraction de l'agent syndical représentant les ressources humaines visées par l'adoption d'un tel projet expérimental. De plus, une simple publication dans *La Gazette officielle du Québec* n'est clairement pas le processus souhaitable pour mettre en place ce genre de projets, dont les implications peuvent très bien toucher les conditions de travail des membres que nous défendons. Dans une optique de protection des travailleur·euse·s, l'APTS n'acceptera pas que le caractère « expérimental » de ces projets dispense l'employeur d'un processus de négociation en bonne et due forme. Nous serions même tenté·e·s d'affirmer que ce dernier constitue une étape nécessaire à la réalisation et à la réussite desdits projets.

---

<sup>54</sup> Prévot, Hugo, [« La CAQ veut créer l'agence « Santé Québec » pour améliorer les opérations du ministère »](#), Radio-Canada, 17 août 2022.

<sup>55</sup> Assemblée nationale, *Projet de loi n° 10 (2015, chapitre 1) [Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales](#)*, Gouvernement du Québec, Québec, 9 février 2015.

Nous comprenons que le gouvernement veuille disposer d'une certaine marge de manœuvre pour procéder aux changements qu'il croit nécessaires à l'amélioration du RSSS. Cependant, il ne peut le faire sans répondre à ses obligations démocratiques, particulièrement quand il n'est plus l'employeur des travailleur·euse·s visé·e·s par ces projets. Nous irons même plus loin : si le ministre a véritablement l'intention de se « sortir des opérations », ne devrait-il pas alors donner le mandat à l'Agence de négocier avec les syndicats concernés pour les projets expérimentaux?

**Recommandation 13** : Que les pouvoirs spéciaux attribués au ministre et à l'Agence soient limités, notamment en :

- soumettant, aux fins d'application de l'article 27, tout redécoupage subséquent des régions sociosanitaires par le ministre à la législation,
- incluant les paramètres selon lesquels les projets expérimentaux concernant les ressources humaines seront élaborés en négociant avec l'agent syndical les fins d'application de ces projets.

### 3.4. Les relations de travail, le principal outil de la gestion de proximité, en péril

Si la structure organisationnelle ne semble pas concorder avec les objectifs ministériels de gestion de proximité, un autre facteur nous semble encore plus détrimentaire à leur réalisation et à une réelle participation des travailleur·euse·s à l'organisation du travail : la centralisation des relations de travail. Le projet de loi tel que présenté prévoit modifier en profondeur le modèle de négociation des conventions collectives qui régissent les relations de travail dans le RSSS. L'objectif de la personne législatrice est ici de « faciliter » les négociations en les concentrant autour d'une seule table : un employeur, un syndicat, une négociation nationale et une négociation des matières locales pour l'ensemble du territoire. L'APTS n'est malheureusement pas d'avis que le modèle proposé aura l'effet escompté. Derrière une apparente simplicité projetée par le nombre réduit de tables et de parties prenantes, ce sont des négociations d'une complexité effarante qui se tiendront pour tenir compte des disparités régionales et des réalités diverses vécues au sein par les différents titres d'emploi. Outre cette préoccupation, la formule proposée contient un ensemble de problèmes, plus évidents, qui doivent être réglés.

#### 3.4.1. Matières locales, matières nationales

Lors de la réforme du régime de négociation instauré par la Loi 30 en 2003, les directions des établissements publics nommaient de façon très claire qu'il était « impératif de remettre aux parties locales la responsabilité de négocier et de convenir de l'ensemble des éléments liés à l'organisation du travail ». En effet, poursuivaient-elles, « ceux-ci sont directement liés à la façon dont sont dispensés les services aux usagers »<sup>56</sup>.

L'Annexe A.1 de la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic<sup>57</sup> prévoit les éléments des conventions collectives qui doivent être négociés au niveau local ou régional. Ces matières concernent l'organisation du travail au niveau local. On y trouve par exemple la gestion des horaires, les règlements d'affectation ou de développement des ressources humaines. Cette négociation est actuellement effectuée entre les syndicats locaux et les établissements.

<sup>56</sup> Les associations d'établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux, (2003), *Mémoire sur le projet de loi no 30 : Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic*, Commission des affaires sociales.

<sup>57</sup> *Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic*, RLRQ c R-8.2.

L'Agence, dans sa structure proposée, devra « agir à titre d'agent négociateur pour les dispositions locales auprès des organisations syndicales »<sup>58</sup>. Or, l'intention de la personne législatrice est d'éliminer les conventions collectives locales et de les remplacer par une seule convention de matières locales pour l'ensemble des régions sociosanitaires, du moins selon le document synthèse publié, dans lequel on peut lire que « les nombreuses conventions collectives qui existent localement contribuent à créer une disparité et une iniquité qui nuisent à l'attraction et à la rétention du personnel »<sup>59</sup>.

Mentionnons tout d'abord que les conventions collectives locales sont un outil essentiel pour prendre en considération les spécificités régionales et locales et, incidemment, pour assurer une gestion de proximité pertinente en termes de relations de travail. Les présenter uniquement comme un vecteur d'iniquité est faire preuve, au mieux, d'une incompréhension de leur rôle. Au-delà de cet enjeu, le projet de loi et les documents gouvernementaux qui expliquent les modalités de négociation sont extrêmement flous, pour ne pas dire incohérents, en ce qui concerne les négociations nationales et les négociations locales.

Le projet de loi ne vient pas modifier l'article 59 de la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic, qui se lit ainsi :

*59 Une stipulation portant sur une matière définie comme étant l'objet de stipulations négociées et agréées à l'échelle locale ou régionale a effet tant qu'elle n'est pas modifiée, abrogée ou remplacée par entente entre les parties.*

*Elle continue d'avoir effet malgré l'expiration des stipulations de la convention collective qui sont négociées et agréées à l'échelle nationale.*

Nous faisons ici face à un premier grand questionnement. Comment se conjugueront ces deux matières dans une seule convention collective locale pour l'ensemble du territoire? Est-ce que le gouvernement envisage une seule convention nationale avec des « annexes locales » pour chaque établissement, ce qui serait d'ailleurs - en plus d'un défi titanesque - diamétralement opposé aux objectifs de gestion de proximité mis de l'avant dans le discours gouvernemental?

Quelle que soit la réponse à cette question, il est évident qu'en éliminant un des principaux outils de gestion de proximité, le ministre se coupe lui-même l'herbe sous le pied dans l'atteinte d'un objectif central et louable du projet de loi.

### 3.4.2. Des changements unilatéraux au régime de négociation

Même si un exercice de consultation existe grâce à la commission parlementaire, celui-ci se tient *a posteriori* de la rédaction du projet de loi. Les nombreuses incertitudes présentées auraient pu être évitées en bonne partie grâce à un processus de consultation préalable. Le fait que le MSSS s'en soit dispensé est d'ailleurs problématique, eu égard au droit du travail. L'Organisation internationale<sup>60</sup> du Travail, de laquelle le Canada est membre, prévoit que :

*Le caractère volontaire de la négociation collective étant un aspect fondamental des principes de la liberté syndicale, la négociation collective ne peut être imposée aux parties et les mécanismes destinés à faciliter la négociation doivent avoir en principe un caractère volontaire. Cependant, le*

---

<sup>58</sup> Québec, [Dépôt du projet de loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace](#), Napperon, 29 mars 2023.

<sup>59</sup> Québec, [Plus d'efficacité pour un meilleur accès aux soins](#), 29 mars 2023. p.3

<sup>60</sup> Gernigon, B., [Les principes de l'OIT sur la négociation collective](#), *Revue internationale du Travail*, 139(33), 2000, p. 55 –57.

*niveau des négociations ne doit pas être imposé unilatéralement par la législation ou les autorités, car les négociations doivent pouvoir avoir lieu à quelque niveau que ce soit.*

[...]

*Les limitations au contenu des négociations collectives futures [...] sont admissibles dans la mesure où de telles limitations sont précédées de consultations avec les organisations de travailleurs et d'employeurs et remplissent les conditions suivantes : [...] [elles s'appliquent à titre exceptionnel, ont une durée limitée, prévoient des garanties destinées à protéger le niveau de vie des travailleurs].*

L'arrêt *Health Services*<sup>61</sup> de la Cour Suprême a d'ailleurs cité cette même convention lorsqu'elle a jugé que le gouvernement de la Colombie-Britannique avait, de façon partielle, agi illégalement en modifiant les conditions de négociation collective unilatéralement et sans consultation des parties. Il nous paraît clair que le gouvernement ne peut aller de l'avant avec des modifications unilatérales au régime de négociation sans un accord avec les parties concernées qui - sans être complètement fermées à des changements - n'accepteront pas de se faire dicter leurs conditions de négociation.

Le problème de la centralisation se répercute donc dans les négociations et dans la gestion locale. Cela s'étend également au niveau individuel, en mettant à mal le droit d'association. Après un premier maraudage qui couvrirait l'ensemble du réseau, les unités de négociation deviendraient d'une telle ampleur - tant en nombre de membres qu'en territoire couvert - qu'il deviendrait à toutes fins pratiques impossible pour les personnes salariées de changer de syndicat. Il s'agit là d'un enjeu démocratique majeur. Le droit de choisir sa représentation syndicale de façon relativement régulière est en effet reconnu et établi par la Charte canadienne des droits et libertés.

**Recommandation 14** : Que les accréditations locales et la négociation des matières locales soient conservées pour assurer une réelle gestion de proximité.

## 3.5. La santé et la sécurité du travail à nouveau mises à mal

### 3.5.1. La prévention encore renvoyée aux calendes grecques

À l'APTS, nous croyons que les conditions d'exercice des différent-e-s acteur-ric-e-s du RSSS doivent être considérées comme un élément incontournable de l'amélioration de l'état de santé de la population. Le travail émotionnellement exigeant, la violence des usager-ère-s, le TSO, la surcharge de travail entraînent divers problèmes qui rendent le milieu de travail pénible et peu attirant. L'APTS affirme depuis longtemps que le gouvernement doit mettre en place des mesures préventives concrètes.

Il est généralement reconnu qu'un bon travail de prévention pourra, à terme, faire baisser les coûts du système de santé et des services sociaux. Or, en tant que représentante du personnel professionnel et technique, l'APTS s'inquiète qu'une nouvelle volonté de centralisation des pouvoirs des établissements vers l'Agence participe à retarder une fois de plus la résolution d'enjeux de santé et de sécurité du travail dans le réseau. Il ne fait aucun doute à nos yeux que, pour que le ministère devienne un « employeur de choix » comme il y aspire, il doit être en mesure de répondre rapidement aux enjeux pouvant mener à des accidents de travail ou engendrer des climats de travail problématiques.

<sup>61</sup> [Health Services and Support](#) - Facilities Subsector Bargaining Assn. c. Colombie-Britannique, 2007 CSC 27 (CanLII), [2007] 2 RCS 391.

Plus encore, tout retard dans le vaste chantier de la gestion des risques psychosociaux entretient et exacerbe la dévalorisation du personnel, qui s'incarne par la rétroaction négative des gestionnaires, l'imposition de directives strictes et le manque d'implication du personnel dans les décisions le concernant et peut mener à des climats de travail toxiques.

Pour prévenir et contrer ce phénomène de dévalorisation, les employeurs, en collaboration avec les comités de santé et de sécurité, doivent procéder à l'identification et au contrôle des risques dans le milieu de travail, y compris les risques psychosociaux du travail. Ceci est une démarche locale qui peine à être effectuée par les grands CISSS et CIUSSS, qui comportent des dizaines de points de services aux missions différentes. Dans l'état actuel du réseau, les employeurs parviennent à peine à répondre à leurs obligations légales en prévention. La centralisation vers un employeur unique ne fera qu'accroître l'immobilisme ambiant en matière de prévention, alors qu'on parle ici d'éléments cruciaux : la santé et la sécurité des travailleur·euse·s et, par elles, la résilience de notre réseau de santé et services sociaux.

L'APTS a observé que toute forme de centralisation a des impacts sur les structures et les moyens de prévention. Lors d'une réforme, il semble normal du côté de la gestion que les efforts de prévention en milieu de travail passent en dernier. L'APTS s'inquiète de cette philosophie qui semble ancrée chez plusieurs gestionnaires du système et retarde systématiquement la mise en place de mesures préventives, même si celle-ci relève d'une obligation légale. Aux tables paritaires où siègent les représentant·e·s du gouvernement, il est généralement reconnu que les retards en prévention accusés à la suite de la réforme Barrette ont encore des effets aujourd'hui.

OPTILAB, avec ses laboratoires satellites parfois à des milliers de kilomètres de distance de l'employeur, regorge d'exemples à ce sujet. Récemment, on nous rapportait qu'un employeur montréalais ne répondait tout simplement pas aux appels d'une inspectrice de la CNESST d'une région éloignée pour un problème de qualité de l'air dans un laboratoire. En matière de santé et de sécurité, on ne peut attendre qu'un gestionnaire prenne l'avion pour corriger un risque. Les travailleur·euse·s du réseau ont assez attendu, à leurs dépens.

Alors que les établissements du réseau sont tenus depuis le 6 avril 2022 de mettre en place des mécanismes de prévention et de participation, une grande majorité d'établissements n'ont pas déployé les nouvelles mesures prévues dans la Loi modernisant le régime de santé et sécurité au travail (LMRSST), attendant des consignes de la CNESST et du MSSS qui n'arrivent jamais ou, pire, espérant une exception ou une directive qui les dispensera d'appliquer les mesures de prévention prévues. Ils n'ont d'ailleurs pas tort, puisque même les projets des établissements plus proactifs - qui se servent de leur autonomie locale pour intégrer de nouvelles mesures - sont actuellement au point mort, le ministère et la CNESST tirant de la patte. Considérant que la structure d'un CISSS ou d'un CIUSSS, déjà suffisamment lourde pour nettement ralentir l'application de la réforme en SST, est beaucoup moins imposante que celle de l'Agence, nous sommes plus que dubitatif·ve·s quant à la capacité de celle-ci à faire adopter et appliquer les mesures de SST.

### 3.5.2. Les spécificités des différents milieux ignorées

D'autre part, la centralisation accrue qu'amène le projet de loi inquiète l'APTS car il fait fi des enjeux de santé et de sécurité du travail spécifiques à chaque milieu de travail et/ou à leur région d'attache. Selon nous, les structures en prévention devraient être décentralisées et se déployer au niveau local afin de rendre possible l'implication des travailleur·euse·s sur les différents comités et de s'assurer que les mesures mises en place soient adaptées à leur milieu de pratique. Il va de soi, par exemple, que les mesures nécessaires pour protéger les travailleur·euse·s des résidences à assistance continue (RAC) - qui œuvrent auprès d'usager·ère·s présentant souvent des troubles du comportement - soient éminemment plus élaborées que celles qui prévalent dans d'autres milieux de travail. C'est d'ailleurs dans cette optique que la CNESST prévoit des critères bien spécifiques pour la formation d'un multiétablissement : les établissements visés doivent exercer des activités de même nature et les membres du comité de santé et de sécurité ainsi que la personne représentante en santé et sécurité doivent pouvoir exercer leurs fonctions adéquatement pour chacun des établissements (points de service), en considérant notamment la distance de déplacement entre les établissements<sup>62</sup>. Notre compréhension du projet de loi tel qu'actuellement rédigé est que les enjeux propres à chaque mission ne seront pas pris en considération, allant à l'encontre des bonnes pratiques en SST.

**Recommandation 15** : Que le ministère s'assure que toute réforme du système de santé et des services sociaux à venir n'entraîne pas de nouveaux retards dans la résolution de dossiers entourant la santé et la sécurité du travail.

---

<sup>62</sup> CNESST, [Regrouper plusieurs établissements pour appliquer les mécanismes de prévention](#), Québec, page consultée le 3 mai 2023.

## 4. La tentation de gérer le RSSS comme une PME

La réforme structurelle proposée dans le projet de loi fera instantanément de l'Agence le plus gros employeur de la province et de loin. Comme nous l'avons déjà mentionné, malgré une prétention de gestion de proximité, le pouvoir décisionnel réel résidera alors entre les mains des cadres de l'Agence, qui seront extrêmement éloigné·e·s du terrain et, dans bien de cas, n'en auront ni réelle compréhension ni expérience<sup>63</sup>.

Leur outil principal pour « gérer la machine » deviendra donc celui des données. Il va de soi que des données justes et à jour sont utiles et nécessaires, tel n'est pas l'enjeu. Là où le bât blesse, c'est lorsque ces données deviennent le seul et unique moyen de gestion et d'évaluation de la performance.

### 4.1. Les données comme seule boussole

« *Raw data is an oxymoron* » : voilà le titre du livre publié au MIT en 2013 par une équipe de professeur·e·s et de chercheur·euse·s<sup>64</sup> et dont le concept de base s'articule comme suit. Les données ne sont jamais entièrement représentatives de la réalité et prendre le contraire pour acquis est dans la plupart des cas une erreur coûteuse, particulièrement dans des milieux à haute complexité comme celui de la santé et des services sociaux. Les données n'offrent qu'un cliché restreint de la réalité terrain, et il n'est pas rare qu'elles livrent des impressions fausses. Des discussions avec le ministre Carmant lui-même nous ont d'ailleurs permis de comprendre la soudaine réduction de la liste d'attente à la DPJ en Montérégie-Est : les données positives et enthousiasmantes n'étaient dans les faits attribuables qu'à la prise en charge artificielle par chaque intervenant·e de trois dossiers supplémentaires. Ces dossiers ne sont pourtant pas plus traités qu'auparavant, la charge des intervenant·e·s étant déjà complète ou bien souvent dépassée.

Il ne s'agit pas, bien évidemment, de balayer du revers de la main l'utilité d'avoir des données précises et des indicateurs pertinents. Au contraire, ceux-ci sont à bien des égards nécessaires. Or, nous nous trouvons ici dans deux contextes à bien des égards incompatibles. Premièrement, dans un contexte centralisé basé sur des indicateurs de performance, de *benchmarking* ainsi que de compétition entre les établissements et, deuxièmement, dans un contexte de prestation de soins de santé et de services sociaux. Le mariage forcé entre les deux est tenté dans l'idée selon laquelle ces stratégies du secteur privé (souvent manufacturier, d'ailleurs) peuvent être importées afin d'augmenter l'efficacité des réseaux de santé et de services sociaux publics. Or de très nombreuses recherches, menées notamment au Royaume-Uni, montrent qu'il s'agit plutôt d'une croyance que d'un fait avéré et que les gains d'efficacité prévus et prédits ne se concrétisent pas dans un contexte si différent de celui duquel ces méthodes émergent<sup>65</sup>.

De plus, le projet de loi, dans son étroite perspective de performance par les cadres, les données et la chaîne de commande, évacue un élément essentiel au bon fonctionnement et à la qualité des services de santé et sociaux : l'autonomie professionnelle.

---

<sup>63</sup> Chouinard, Tommy, [Santé Québec : Dubé veut recruter des « top guns » du privé](#), *La Presse*, 20 mars 2023, page consultée le 24 avril 2023.

<sup>64</sup> Rosenberg, D., [Raw Data Is an Oxymoron](#), L. Getelman, Éd. MIT Press, 2013.

<sup>65</sup> Turner, P., Kane, R., & Jackson, C., (2013), *Creating enterprise efficiencies in the NHS*, *British Journal of Healthcare Management*, 19(7), 330-334. <https://doi.org/10.12968/bjhc.2013.19.7.330>

Or une structure fortement centralisée lui est plus souvent qu'autrement détrimentaire, comme l'indiquent des recherches de l'UQO qui constatent une diminution marquée de l'autonomie professionnelle depuis la réforme Barrette<sup>66</sup>. Cette attrition ne peut aller qu'en s'aggravant dans la structure pensée dans le projet de loi, qui s'appuie en bonne partie sur une pression à la performance – autant chez les gestionnaires que chez les employé·e·s – et ce, même si l'autonomie professionnelle est universellement reconnue comme augmentant la satisfaction au travail ainsi que la productivité de manière significative<sup>67</sup>.

## 4.2. Le culte de la performance

Cette pression à la performance est excessivement problématique dans le contexte du RSSS, particulièrement lorsqu'il s'agit des services sociaux. C'est d'ailleurs un constat-phare du Rapport Laurent en ce qui concerne la protection de la jeunesse<sup>68</sup>. Cela ne veut pas dire que nous nous positionnons « contre la performance », mais plutôt que cette course à la performance – et les outils utilisés pour la mener – a bien souvent l'effet inverse.

Dans un sondage récemment mené par l'APTS auprès de plus de 350 travailleur·euse·s en réadaptation, 62 % des répondant·e·s affirmaient que la surcharge administrative était un des principaux facteurs de surcharge de travail. Ce fardeau administratif s'est très nettement alourdi au cours des dernières années, un problème d'ailleurs reconnu à plusieurs reprises par le MSSS, même s'il ne semble pas disposé à faire le lien entre cette surcharge et l'augmentation drastique des formulaires statistiques et des demandes de diverses données et rapports.

Les employé·e·s se retrouvent très régulièrement dans une situation de « surcharge informationnelle » (*information overload*), maintes fois désignée dans des recherches comme une importante cause de détresse psychologique et de problèmes de santé mentale. La surcharge informationnelle réfère au phénomène très moderne dans lequel nous sommes à la fois constamment bombardé·e·s d'informations et sollicité·e·s pour en produire, entraînant une surcharge cognitive difficile à gérer, notamment dans les milieux de travail : une recherche publiée en 2018 par des chercheurs néerlandais et chinois, par exemple<sup>69</sup>, a montré que la surcharge informationnelle diminuait grandement les niveaux de satisfaction au travail. Plusieurs études ont montré que l'utilisation excessive de logiciels et de technologies numériques entraînait des impacts négatifs sur la productivité, l'engagement au travail, le sentiment de solitude et la fatigue, causant notamment des épuisements professionnels plus réguliers<sup>70</sup>. Des sondages nous ont par ailleurs appris que plus de 70 % des travailleurs et des travailleuses sentent que la surcommunication réduit leur productivité au travail, et plus de 65 % affirment changer d'une application ou logiciel à un autre jusqu'à 10 fois chaque heure<sup>71</sup>.

**Recommandation 16** : Que le gouvernement impose à l'Agence l'utilisation d'indicateurs de qualité des soins et de charge de travail développés de façon paritaire dans les renseignements de gestion et de mécanismes d'accès.

<sup>66</sup> Bourque, M., & Grenier, J., (2019), *Les conséquences des réformes Couillard et Barrette sur les services sociaux* (p. 20), Université du Québec en Outaouais.

<sup>67</sup> Shobe, K., [Productivity Driven by Job Satisfaction, Physical Work Environment, Management Support and Job Autonomy](#), *Business and Economics Journal*, 09(02), 2018.

<sup>68</sup> Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, *Instaurer une société bienveillante pour nos jeunes*, Gouvernement du Québec, 2021.

<sup>69</sup> Yin, P., Ou, C. X. J., Davidson, R. M., & Wu, J., [Coping with mobile technology overload in the workplace](#), *Internet Research*, 28(5), 2018, p. 1189-1212.

<sup>70</sup> Singh, P., Bala, H., Dey B. L., & Filieri, R., [Enforced remote working : The impact of digital platform-induced stress and remote working experience on technology exhaustion and subjective wellbeing](#), *Journal of Business Research*, 151, 2022, p. 269-286.

<sup>71</sup> Ring Central, [From Workplace Chaos to Zen : How App Overload Is Reshaping the Digital Workplace](#), communiqué de presse, 5 mars 2018.

## Conclusion

L'APTS comprend et salue la volonté du ministre de corriger les failles du système de santé et de services sociaux mises en lumière par la pandémie. Elle comprend aussi son désir de moderniser certaines approches managériales pour faciliter l'imputabilité de ses gestionnaires. En revanche, notre organisation ne pense tout simplement pas que le PL 15 lui permettra d'arriver à ses fins. L'APTS s'inquiète de constater que, plutôt que de régler les problèmes actuels du réseau à la racine, le ministre opte pour des solutions mal avisées et bâties sur des fondations chambranlantes, comme c'est le cas avec l'institution de l'agence Santé Québec et l'officialisation de l'ouverture au privé. L'efficacité tant espérée par le ministre n'émergera que si des ressources substantielles sont effectivement consacrées au système public. Nous avons vu que, depuis des années, le réseau public est asphyxié par les politiques de réduction des coûts menées par les gouvernements successifs, avec pour seul effet une dépendance toujours plus importante au secteur privé.

La réforme proposée nous frappe par son incapacité à répondre au problème d'accès à des soins et services de qualité dans un temps raisonnable. Calquées sur un modèle albertain à des lieues de la réalité québécoise, aucune des propositions faites dans le projet de loi 15 n'aura l'effet espéré. Pire, si l'on se fie aux résultats de l'expérience albertaine et à la littérature scientifique, il est à parier que ces « solutions » affecteront de manière négative la qualité des soins et services, coûteront plus cher aux contribuables et détérioreront la qualité de l'environnement de travail du personnel, pourtant déjà peu enviable.

Notre constat est clair à défaut d'être réjouissant. La réforme proposée par le ministre fragilisera encore plus notre réseau public en s'obstinant dans la voie de la privatisation. Elle atrophiera la démocratie et dégradera la culture du travail du RSSS en lui imposant une énième opération de centralisation. Elle nous éloignera encore plus de la gestion de proximité en sapant le régime de négociation et en sabordant les efforts déployés pour améliorer la santé et la sécurité du travail, particulièrement au niveau local. Ce faisant, la réforme éloignera le ministère de son objectif de devenir un « employeur de choix », pourtant incontournable à la survie et à la résilience du réseau public de santé et de services sociaux.

Pour toutes ces raisons, l'APTS somme le gouvernement de renoncer au projet de loi 15 dans sa forme actuelle et d'enclencher un véritable processus de consultations avec les acteur-trice-s de la société civile pour aboutir à de véritables solutions au marasme dans lequel est plongé le RSSS. Celles-ci devront s'articuler autour d'une véritable décentralisation, d'une vraie démocratisation et d'un modèle à 100 % public et universel qui permettra de répondre aux besoins de toute la population du Québec.

## Liste des recommandations

**Recommandation 1** : Prendre acte que le modèle albertain sur lequel se base le PL 15 offre une qualité de soins moindre à des coûts plus élevés que le modèle québécois et s'en éloigner.

**Recommandation 2** : Que le ministère prenne acte du fait qu'un recours accru au secteur privé en santé et dans les services sociaux tend à nuire à leur qualité.

**Recommandation 3** : Instaurer un mécanisme de bouclier budgétaire afin de stabiliser le financement du réseau de la santé et des services sociaux.

**Recommandation 4** : Que les règlements de l'agence Santé Québec prévus à l'article 63 soient minimalement rendus disponibles à la population sur son site Web.

**Recommandation 5** : Que le ministre se dote et rende public un registre des contrats entre l'agence Santé Québec et les établissements privés. Ce répertoire comprendrait le nom de l'entreprise ayant obtenu le contrat, le type de services ayant été contractés, la durée du contrat et la somme déboursée par Santé Québec pour chaque service rendu par l'établissement privé contractant.

**Recommandation 6** : Que le projet de loi établisse une procédure de vérification continue pour éviter la possibilité de *patient dumping* par l'agence Santé Québec.

**Recommandation 7** : Que le gouvernement donne droit à l'ensemble des recommandations de la Vérificatrice générale lors de son témoignage en commission parlementaire du 19 avril dernier, à savoir :

- que le·la Vérificateur·rice général·e puisse avoir les coudées franches pour auditer les entreprises privées en santé,
- que les établissements privés soient dans l'obligation de fournir tous rapports financiers et documents ou renseignements jugés nécessaires par le·la Vérificateur·rice général·e dans le cadre de ses fonctions.

**Recommandation 8** : Que soit confié au·à la Vérificateur·rice général·e le mandat d'enquête et d'évaluation du mécanisme d'accès et des obligations de prestation des services de santé et services sociaux des établissements privés découlant de l'article 324, et ce, tous les 3 ans.

**Recommandation 9** : Qu'un principe général de limitation soit introduit dans le projet de loi afin que le recours au privé soit en tout temps et en toutes circonstances un dernier recours.

**Recommandation 10** : Que le gouvernement réserve des sièges à des représentant·e·s des travailleur·euse·s sur le conseil d'administration de l'agence Santé Québec, sur chacun des conseils d'établissements et sur ses divers comités.

**Recommandation 11** : Que soit revue en profondeur la structure organisationnelle élaborée dans le projet de loi afin de décentraliser significativement les pouvoirs.

**Recommandation 12** : Que le projet de loi inclut que l'agence Santé Québec soit dans l'obligation de remettre, au moins une fois par année, les rapports financiers des établissements territoriaux, regroupés et désignés tels qu'actuellement avec les AS-471.

**Recommandation 13** : Que les pouvoirs spéciaux attribués au ministre et à l'agence Santé Québec soient limités, notamment en :

- soumettant, aux fins d'application de l'article 27, tout redécoupage subséquent des régions sociosanitaires par le ministre à la législation,
- incluant les paramètres selon lesquels les projets expérimentaux concernant les ressources humaines seront élaborés en négociant avec l'agent syndical les fins d'application de ces projets.

**Recommandation 14** : Que les accréditations locales et la négociation des matières locales soient conservées pour assurer une réelle gestion de proximité.

**Recommandation 15** : Que le ministère s'assure que toute réforme au système de santé et services sociaux à venir n'entraîne pas de nouveaux retards dans la résolution de dossiers entourant la santé et la sécurité au travail.

**Recommandation 16** : Que le gouvernement impose à l'agence Santé Québec l'utilisation d'indicateurs de qualité des soins et de charge de travail développés de façon paritaire dans les renseignements de gestion et de mécanismes d'accès.

## **SIÈGE SOCIAL**

1111, rue Saint-Charles Ouest, bureau 1050  
Longueuil (Québec) J4K 5G4  
Tél. : 450 670-2411 ou 1 866 521-2411  
Télec. : 450 679-0107 ou 1 866 480-0086

## **BUREAU DE QUÉBEC**

1305, boul. Lebourgneuf, bureau 200  
Québec (Québec) G2K 2E4  
Tél. : 418 622-2541 ou 1 800 463-4617  
Télec. : 418 622-0274 ou 1 866 704-0274

**[www.apsq.com](http://www.apsq.com) • [info@apsq.com](mailto:info@apsq.com)**

