



Solidaire
depuis 1921

Mémoire présenté par la
Confédération des syndicats nationaux (CSN)

à la Commission de la santé et des services sociaux
sur le projet de loi n° 15

Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace

Le 5 mai 2023

Confédération des syndicats nationaux

1601, avenue De Lorimier

Montréal (Québec) H2K 4M5

Tél. : 514 598-2271

Télec. : 514 598-2052

www.csn.qc.ca

Table des matières

Présentation	5
Résumé : mémoire de la CSN portant sur le projet de loi n° 15	7
Introduction.....	9
1. Une société d'État pour administrer le réseau de la santé et des services sociaux.....	11
1.1 Séparer l'orientation du réseau de son opérationnalisation	12
1.1.1 Un nouveau palier, une nouvelle vision de l'imputabilité ministérielle.....	14
1.1.2 La mystérieuse cible de l'efficacité	16
1.2 Administrer un réseau de santé et de services sociaux à deux vitesses	18
1.2.1 L'inclusion des entreprises à but lucratif en santé et services sociaux et la déresponsabilisation de l'État	19
1.2.2 Le contre-exemple des GMF dans la perte de contrôle de l'opérationnalisation des soins et des services.....	22
2. Une nouvelle réforme qui poursuit le processus de centralisation.....	24
2.1 Une gouvernance plus centralisée que jamais	24
2.2 Une gouvernance clinique toujours plus centralisée.....	26
2.3 La dérive annoncée de la pratique sage-femme	27
3. La création d'un employeur unique centralise à outrance les relations du travail.....	28
3.1 L'employeur unique.....	28
3.1.1 Le régime particulier du secteur des affaires sociales	29
3.1.2 La délocalisation des relations du travail.....	30
3.1.3 Une négociation déjà centralisée.....	31
3.1.4 Le fort prix de « l'ancienneté réseau ».....	32
3.1.5 L'ironie des stipulations « locales »	32
3.2 Dissocier l'employeur de ses établissements aux fins de l'accréditation	34
3.3 Inclure les relations du travail dans les structures administratives des établissements de Santé Québec.....	35
Conclusion	37
Annexe I.....	39
Annexe II.....	43
Annexe III	45

Présentation

Fondée en 1921, la CSN est la première grande centrale syndicale québécoise. Composée de près de 1 600 syndicats, elle défend plus de 330 000 travailleuses et travailleurs de tous les secteurs d'activité sur l'ensemble du territoire. Elle est également l'organisation syndicale la plus représentative dans le secteur de la santé et des services sociaux et prend part à plusieurs débats de fond de la société québécoise pour une société plus solidaire, plus démocratique, plus équitable et plus durable.

Plus particulièrement, elle compte deux fédérations œuvrant dans le secteur de la santé et des services sociaux, soit la Fédération des professionnelles (FP-CSN) qui compte au-delà de 10 000 membres et représente, entre autres, des syndicats de techniciens et professionnels du secteur de la santé et des services sociaux, et la Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS-CSN) qui compte plus de 145 000 membres dans les secteurs publics et privés, dont plus de 120 000 membres du réseau public de la santé et des services sociaux partout au Québec, et ce, dans toutes les catégories de personnel.

Résumé : mémoire de la CSN portant sur le projet de loi n° 15

Tous s'entendent pour dire que le Québec doit améliorer l'accessibilité et la qualité de son réseau public de santé et de services sociaux (RSSS). Pour ce faire, experts et acteurs du milieu ont identifié depuis longtemps différentes solutions, dont mettre en valeur la prévention et l'action sur les déterminants sociaux de la santé, renforcer la première ligne publique, redonner de l'autonomie et de l'agilité aux équipes de travail ainsi que permettre au personnel et aux citoyennes et citoyens d'identifier les problèmes et les solutions à l'échelle locale.

Le projet de loi n° 15 ne tient pas compte de ces solutions. Il propose plutôt une nouvelle réforme du RSSS qui n'a fait l'objet d'aucune consultation publique préalable ni d'aucun consensus du milieu de la santé et des services sociaux ou de la société civile. De plus, l'évaluation des répercussions de la réforme sur le personnel épuisé et démobilisé ne semble pas avoir été prise en compte. Pourtant, des consultations sous forme d'états généraux auraient permis de mettre en lumière l'ensemble des défis et des solutions possibles.

Par ailleurs, le projet de loi semble perdre de vue les objectifs et les valeurs qui devraient pourtant guider l'organisation du RSSS. Nous recommandons au gouvernement de les réitérer dans la loi. La cible de l'efficacité octroyée à Santé Québec doit aussi être mieux définie et viser avant tout l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. De plus, la création d'une société d'État responsable de l'opérationnalisation du RSSS apporte son lot de préoccupations en matière de reddition de comptes. L'imputabilité du ministre, quant à elle, doit être intégrée dans la loi.

La CSN dénonce l'officialisation apparente d'un RSSS à deux vitesses. Le fait que Santé Québec soit tenu à l'efficacité par une offre tant publique que privée favorise sa privatisation. La santé et le bien-être de la population ne sont pas une simple marchandise à vendre au plus offrant. En outre, la privatisation du RSSS n'a jamais démontré son efficacité en matière d'amélioration de l'accessibilité ou de la qualité des soins et des services. Le gouvernement doit modifier son projet de loi pour assurer la pérennité du réseau public et prévoir des contraintes au développement du secteur à but lucratif.

Plusieurs ont appelé à décentraliser le RSSS pour le rendre plus efficace, plus démocratique et plus proche des réalités des différentes communautés. Or, le projet de loi suit plutôt le paradigme centralisateur de la réforme Barrette en n'octroyant ni les pouvoirs décisionnels aux instances locales ni une réelle place à la société civile et au personnel dans les lieux de gouvernance. Le projet de loi doit inclure des modifications aux structures décisionnelles pour octroyer de réels pouvoirs aux communautés locales.

Le projet de loi propose une importante centralisation des relations du travail en faisant de Santé Québec l'unique employeur. Cela n'est ni utile ni de nature à favoriser la qualité et l'accessibilité des soins et des services. Si les travailleuses et les travailleurs du RSSS font face à des problèmes concernant leurs conditions de travail qui ne peuvent être réglés par des acteurs locaux, les conséquences sur les soins et les services donnés seront inévitables. Nous proposons différents moyens qui seraient à la disposition du gouvernement pour répondre à ses objectifs tout en préservant les identités de travail locales. En fait, le principal défi du RSSS est son manque de main-d'œuvre. Il n'est plus temps de tergiverser sur les structures d'un réseau. Pour répondre aux besoins de la population, il faut changer la culture organisationnelle du RSSS afin qu'il devienne enfin un employeur de choix.

Introduction

Au mois de mars 2023, le ministre de la Santé et des Services sociaux, en présentant son nouveau projet de loi, a déclaré qu'il allait faire « *shaker* les colonnes du temple ». Cette annonce, remplie de hardiesse, suscite néanmoins quelques interrogations : quelles sont ces colonnes que le ministre souhaite ébranler? De quel temple le ministre parlait-il et pourquoi veut-il l'ébranler, voire le détruire¹?

La pandémie de COVID-19 a certainement déstabilisé l'ensemble de la société québécoise tout comme son réseau de santé et de services sociaux. Au printemps 2022, le rapport Savoie faisait l'analyse du réseau de la santé et des services sociaux et proposait quelques pistes d'action pour en améliorer la gouvernance. Notons que ce rapport n'est issu d'aucune consultation publique et que ses conclusions n'ont pas reçu l'adhésion des différents acteurs du milieu de la santé et des services sociaux. Le rapport Savoie a été suivi de près par le dépôt du Plan santé du ministre Christian Dubé. En parallèle, le gouvernement annonçait qu'il lancerait des appels d'offres pour deux hôpitaux privés ainsi que l'ouverture de la télémédecine privée aux médecins du réseau public. Pendant ce temps, la pénurie de main-d'œuvre sévissait dans le Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) alors que les conditions d'emploi et d'exercice du personnel tardaient à s'améliorer.

C'est dans ce contexte que le gouvernement dépose le projet de loi n° 15 visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace. La CSN reconnaît l'urgence de réfléchir à l'amélioration de l'offre des soins de santé et des services sociaux de qualité. Pour faire murir la réflexion, le moment est plutôt aux larges consultations qu'à l'imposition d'une énième réforme centralisatrice. Si l'objectif est que les citoyens augmentent leur niveau de confiance envers le RSSS et que les salarié-es du RSSS se mobilisent dans la refondation du réseau, des états généraux seraient le meilleur véhicule pour les engager dans le changement. On peut donc considérer que le projet de loi, à ce stade, est prématuré.

Nous constatons, comme toutes les Québécoises et tous les Québécois, que l'accès à la première ligne du réseau est ardu. Les délais d'attente pour l'accès à des services de soutien à domicile, de protection de la jeunesse, d'aide psychosociale, pour les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF), pour le préhospitalier et pour l'hébergement sont des exemples parmi tant d'autres des failles de la première ligne.

Pour la CSN, il est clair que l'efficacité du RSSS doit être améliorée pour répondre adéquatement à sa mission d'assurer la santé et le bien-être de la population québécoise. Nous souscrivons à la volonté d'améliorer le RSSS. Ces changements doivent se faire sous les principes d'accès à un RSSS public, gratuit et universel.

Le projet de loi n° 15 propose de créer une société d'État pour administrer le RSSS ainsi que son personnel. Cette nouvelle agence aura comme responsabilité d'assurer l'efficacité de l'offre en soins de santé et en services sociaux. Au premier abord, cette proposition pourrait sembler raisonnable, mais la lecture approfondie des 1 180 articles de loi permet de réaliser

¹ Rappelons-nous que cette expression biblique est issue de l'histoire où Samson aurait détruit un temple causant ainsi sa mort et celle de nombreuses personnes.

que la proposition gouvernementale est beaucoup plus large que ce qui était annoncé, qu'elle comporte plusieurs écueils démocratiques, qu'elle redéfinit la mission du RSSS, qu'elle remet en question le caractère public du RSSS, que sa centralisation nuit à l'agilité et à la capacité d'innovation du réseau public et, enfin, qu'elle bouleverse sans justification la représentation démocratique des travailleuses et des travailleurs en séparant les relations de travail de la prestation de soins.

La CSN remercie le gouvernement du Québec de lui permettre de s'exprimer sur ce projet de loi important et réformateur. La CSN représente plus de 155 000 travailleuses et travailleurs du RSSS dans l'ensemble des catégories d'emploi. Nous sommes heureux de pouvoir porter ici leurs voix. De plus, la CSN est une organisation qui défend depuis plus de 100 ans les valeurs de justice et de solidarité sociale. C'est également cette parole que nous porterons par nos recommandations. La CSN espère que le présent gouvernement innovera vis-à-vis de ses prédécesseurs et portera une oreille attentive aux recommandations des différents intervenants qui connaissent et croient à un réseau public de santé et de services sociaux.

1. Une société d'État pour administrer le réseau de la santé et des services sociaux

La récente pandémie de COVID-19 a mis en lumière de manière dramatique plusieurs problèmes propres au RSSS : pénurie de main-d'œuvre et surcharge de travail, manque de communication et enjeux de gouvernance, difficultés d'approvisionnement, etc. Malgré les épreuves, le réseau a résisté grâce à celles et ceux que le premier ministre François Legault a qualifiés plus d'une fois « d'anges gardiens du Québec », c'est-à-dire le personnel du RSSS. Ainsi, risquant leur propre santé, les travailleuses et les travailleurs ont assuré l'octroi des soins de santé et des services sociaux essentiels à la population québécoise. Ce dévouement n'a pas été sans conséquence. Au lendemain de la pandémie, alors que le réseau doit rattraper d'importants retards de soins et de services, le personnel est épuisé et plusieurs migrent vers un secteur privé aux meilleures conditions d'emploi et d'exercice de leur travail. En 2021, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a exposé l'état de détresse psychologique alarmant du personnel du RSSS². En 2022, le gouvernement a rapporté que plus de 50 000 personnes du RSSS manquaient au travail³.

Il faut dire que le personnel du réseau avait déjà dû affronter maintes tempêtes avant la pandémie. Depuis les années 1990, les réformes appliquées au RSSS s'enchaînent inlassablement. Il y a d'abord eu la réforme du ministre Jean Rochon en 1995 avec son « virage ambulatoire » qui visait à décentraliser le pouvoir et à favoriser une plus grande participation citoyenne. Malheureusement, la volonté de « déficit zéro » du gouvernement de Lucien Bouchard a empêché le financement nécessaire à la bonne marche de la réforme et est maintenant surtout associée à une désinstitutionnalisation esquivant particulièrement les personnes les plus vulnérables. Seulement huit ans plus tard, le ministre Philippe Couillard a imposé, sous le bâillon, une nouvelle réforme en réorganisant les soins et les services et en procédant à une importante fusion des établissements de santé⁴. Cette fusion aspirait à une plus grande efficacité du RSSS par la concentration des établissements. En réalité, la réforme a modifié les rapports aux collectivités en effectuant les premières sapes à l'autonomie régionale et à sa représentation démocratique, a entraîné un alourdissement des structures de gestion et a marqué une pénétration plus grande des principes de la nouvelle gestion publique (NGP) et de la logique hospitalocentriste⁵.

Près d'une décennie plus tard, alors que les résultats escomptés en gains d'efficacité et de réduction des coûts de la dernière réforme ne se constataient toujours pas, le ministre Gaétan Barrette est venu perturber une nouvelle fois le réseau avec son projet de loi n° 10⁶. La

² Mariève PELLETIER, et autres, *Étude sur la détresse psychologique des travailleurs de la santé atteints de la COVID-19 au Québec durant la deuxième vague pandémique*, INSPQ, 2021.

³ Gouvernement du Québec, *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé*, 2022.

⁴ Cette réforme a mené à la création de dix-huit agences de développement de réseaux locaux et à la fusion de 920 établissements en 468 centres de santé et de services sociaux (CSSS) et en 4 réseaux universitaires intégrés de santé.

⁵ Denis BOURQUE, *La création des CSSS et certains de ses effets sur les pratiques des travailleuses sociales*, Intervention, hiver 2009.

⁶ *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, LQ 2015, c. 1.

réforme Barrette a fait écho à celle de Couillard : gestion centralisée, gouvernance par le contrôle et la reddition de comptes et hyperconcentration des établissements⁷. Cette concentration des pouvoirs s'est produite en concomitance avec d'importantes coupes budgétaires qui ont mis en péril certaines missions du réseau. Le projet de loi n° 10 a été adopté sans l'appui des partis de l'opposition, sans l'appui d'experts en gouvernance de santé et sans l'appui de la population, le tout dans un contexte de mesures d'austérité qui se sont avérées nuisibles. Le Protecteur du citoyen a rapidement constaté que « le déploiement de la réforme [Barrette] sur le terrain pose problème et retarde l'implantation d'améliorations en matière d'accès aux services. [...] L'exercice d'uniformisation des ressources mises à la disposition des usagers au sein des CISSS et des CIUSSS mène souvent à un nivellement par le bas de l'offre de services »⁸.

En somme, le RSSS se trouve en désorganisation constante depuis 30 ans, subissant restructuration après restructuration. Restructurations qui ont entraîné privatisation, centralisation et reculs démocratiques. Force est de constater que ces turbulences réformatrices et centralisatrices n'ont pas donné les résultats escomptés, mais ont eu un coût administratif et humain incalculable. Or, le gouvernement dépose aujourd'hui un nouveau chantier de restructuration du réseau avec un gigantesque projet de loi de 1 180 articles. Si le nombre d'établissements ne diminue pas avec cette nouvelle réforme, le RSSS et son opérationnalisation y sont redéfinis.

Cette énième réforme n'a fait l'objet d'aucune consultation publique, n'est issue d'aucun consensus du milieu de la santé et des services sociaux ou de la société civile, et l'évaluation des répercussions de la réforme sur le personnel épuisé et démobilisé ne semble pas avoir été prise en compte.

Nous nous serions attendus à ce que le gouvernement, fort de son expérience pandémique et de son supposé caractère pragmatique, sorte des ornières réformatrices qui ont démontré plus d'une fois leur inefficacité. Les effets des réformes perdurent bien au-delà des mandats parlementaires. La CSN est inquiète des conséquences à long terme de ces réformes sur la société québécoise.

1.1 Séparer l'orientation du réseau de son opérationnalisation

La première surprise du projet de loi n° 15 est le manque de principes d'orientation sous-jacents au RSSS. L'article premier de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*⁹ énonçait en détail l'objectif du RSSS, soit l'amélioration de la santé et du bien-être de la personne. Or, les orientations sur les principes ou les pratiques que Santé Québec devra favoriser seront déterminées ultérieurement par le ministre (art. 25). Sans ces renseignements primordiaux, le projet de loi semble oublier son principe premier d'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

⁷ La réforme Barrette a fait fusionner 182 établissements en 34 centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), 7 établissements non fusionnés et 5 établissements desservant une population nordique et autochtone.

⁸ Protecteur du citoyen, *Rapport annuel d'activités 2016-2017*, p. 88.

⁹ RLRQ c. S-4.2 (ci-après « la LSSSS »).

Nos aïeux ont bâti un RSSS pour assurer une plus grande justice en santé, une plus grande dignité : plus jamais une personne ne doit s'endetter pour un soin de santé ou pour rester en vie. Le Québec a fait le choix de ne pas suivre l'exemple étatsunien où seules la richesse et la charité sont garantes de la santé et du bien-être de la population. Le Québec a fait le choix de se doter de services publics, le choix de la solidarité et de l'équité en santé, et ce, quels que soient le revenu de la personne, son lieu de résidence ou ses origines culturelles. Nous devons nous rappeler que de vrais services publics gratuits sont financés publiquement (pour accès pour toutes et tous), gérés publiquement (pour que les choix correspondent à l'intérêt général de la population) et dispensés publiquement (parce qu'il en coûte moins cher, sont de meilleure qualité et équitables pour les travailleuses et les travailleurs qui les dispensent).

L'immensité du projet de loi n° 15 fait perdre de vue les objectifs qui devraient guider l'organisation des services publics en santé et en services sociaux. Nous recommandons au gouvernement, dans un souci de transparence et de fierté nationale, de réitérer les valeurs québécoises devant orienter l'organisation de son système de santé.

De plus, compte tenu des modifications importantes apportées par le projet de loi n° 15 à plus d'une trentaine de lois québécoises, la CSN considère que le gouvernement devrait saisir l'occasion pour inclure le droit à la santé dans la Charte des droits et libertés de la personne. En effet, à l'instar de plusieurs organismes, dont la Ligue des droits et libertés et la Commission des droits de la personne et de la jeunesse¹⁰, la CSN recommande que le droit à la santé soit inscrit dans la Charte afin que ce droit soit davantage reconnu et respecté.

Recommandations

1. Inscrire le droit à la santé dans la Charte québécoise des droits et libertés de la personne.
2. Ajouter, en introduction à la loi, un article détaillant l'objectif premier du réseau de la santé et des services sociaux, soit d'assurer la santé et le bien-être de la population québécoise.
3. Modifier l'article 1 du projet de loi pour introduire le caractère public, universel et gratuit du réseau de santé et de services sociaux.
4. Modifier l'article 19 du projet de loi pour ajouter une fonction au ministre, soit de « veiller au respect des principes d'accessibilité, d'universalité et de gratuité des services de santé et de services sociaux ».
5. Modifier le premier alinéa de l'article 24 du projet de loi pour ajouter une fonction à Santé Québec : « mettre en place des mécanismes d'accès publics, universels et gratuits aux services du domaine de la santé et des services sociaux ».

¹⁰ Christine VÉZINA, *L'inclusion du droit à la santé dans la Charte des droits et libertés de la personne*, 27 juillet 2021, [en ligne], <https://liguedesdroits.ca/linclusion-du-droit-a-la-sante-dans-la-charte-des-droits-et-libertes-de-la-personne/>.

1.1.1 Un nouveau palier, une nouvelle vision de l'imputabilité ministérielle

La pièce centrale du projet de loi n° 15 est la création de l'agence Santé Québec qui aura sous sa responsabilité l'ensemble des activités opérationnelles du RSSS. Ce faisant, ladite agence deviendrait l'unique employeur du RSSS¹¹ puisqu'elle chapeauterait l'ensemble des établissements sous sa responsabilité. Le ministre de la Santé et des Services sociaux (ci-après « le ministre ») jouerait ici essentiellement un rôle d'orientation et de surveillance alors qu'il serait responsable d'établir les politiques de santé et de services sociaux, de déterminer les orientations relatives aux standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience des services ainsi que de s'assurer d'une reddition de comptes (art. 19).

Santé Québec serait une agence placée sous la *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État* et n'engagerait qu'elle-même dans ses décisions (art. 21). C'est le gouvernement qui nommerait les membres du conseil d'administration (CA) de Santé Québec ainsi que la présidente-directrice ou le président-directeur¹². Le projet de loi n° 15 prévoit en outre une adaptation à la loi encadrant les sociétés d'État pour réserver une place du CA à un membre des comités des usagers du RSSS (art. 31).

Nous nous questionnons sur la nécessité de scinder le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour en déplacer une partie dans une société d'État. Pendant la pandémie, certains rapports ont pu critiquer la gouvernance du RSSS, mais les critiques visaient surtout la trop grande centralisation du réseau et non la gestion interne du ministère¹³. Scinder le MSSS n'apparaît pas une solution pour assurer l'accessibilité aux services du RSSS. Cette action ne règle en rien l'arrimage entre les établissements locaux de santé et les organismes communautaires (ou autres instances locales) nécessaire pour agir efficacement en prévention et sur les déterminants sociaux. C'est en décentralisant les pouvoirs et les responsabilités qu'il sera possible d'améliorer le RSSS, ce que Santé Québec ne permet pas.

Le ministre a justifié le besoin de créer une société d'État par un besoin de dépolitiser la gestion du RSSS, par un nombre trop important de sous-ministres au sein du MSSS et par le fait qu'il ne croit pas nécessaire qu'un ministre de la Santé et des Services sociaux intervienne directement lorsqu'un problème survient dans le monde réel du RSSS¹⁴. Pourtant, le fait de déplacer des sous-ministres dans une agence ne diminue pas le nombre total de dirigeantes et de dirigeants. En revanche, cela ajoute un nouveau palier entre le pouvoir décisionnel et la direction du réseau : le ministre de la Santé et des Services sociaux ne devenant qu'un porte-parole de Santé Québec autour de la table des ministres.

Dans une société démocratique, le gouvernement et ses ministres sont imputables devant la population et leurs représentantes et représentants élus à l'Assemblée nationale. Comment

¹¹ Nous reviendrons plus tard dans ce mémoire sur cet aspect en particulier.

¹² MESS, *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État*, art. 31 et 3.3

¹³ Par ailleurs, l'utilisation extravagante par les hauts dirigeants du MSSS de la firme McKinsey pendant la pandémie a été fortement critiquée. Or, rien n'empêche Santé Québec d'en faire autant à l'avenir, au contraire.

¹⁴ Marie-Ève COUSINEAU, *Le Devoir*, Christian Dubé : « Je reste imputable, mais je structure différemment », 25 janvier 2023, [en ligne], <https://www.ledevoir.com/politique/quebec/779149/sante-quebec>.

le ministre restera-t-il imputable alors que les actions de Santé Québec « n'engagent qu'elle-même »? Les députés pourront-ils encore être les porte-voix des problèmes d'accès ou de qualité des soins et des services vécus dans leurs communautés à l'Assemblée nationale? Quels seront les mécanismes démocratiques pour permettre aux élu-es de questionner le président-directeur général (PDG) de Santé Québec? Il est risqué que la société d'État devienne un paravent aux questions légitimes d'élu-es représentant la population québécoise.

Ces craintes ne sont pas nouvelles. Lorsqu'un précédent gouvernement a voulu créer une agence pour le transport, le député caquiste Éric Caire avait alors critiqué le projet en arguant que « créer une agence, c'est créer une agence de favoritisme. Créer une agence, c'est créer une instance qu'on éloigne du contrôle parlementaire¹⁵ ». Le projet de loi n'a finalement pas abouti, mais si des élu-es ont déjà refusé la mise en place d'une agence pour un ministère de plus petite taille, pourquoi le ferions-nous pour le ministère ayant le plus gros portefeuille du gouvernement du Québec? Nous avons déjà pu évaluer le processus de déresponsabilisation ministériel lors du cafouillage informatique à la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou lors de la récente démission de la présidente-directrice générale d'Hydro-Québec¹⁶. Si le manque d'imputabilité a été malheureux lors de ces épisodes, il serait tout simplement inacceptable pour un ministère responsable de la vie d'individus.

Une société d'État responsable des opérations crée aussi un nouvel intermédiaire entre le RSSS et les autres composantes du gouvernement pour agir sur les différents déterminants sociaux de la santé¹⁷. D'ailleurs, Santé Québec reçoit uniquement la responsabilité d'interagir avec les intervenantes et les intervenants du RSSS pour influencer sur les déterminants sociaux de la santé et non pas avec les autres organismes de l'État (art. 29, n°4)¹⁸. Pourtant, la collaboration entre les différentes composantes du gouvernement (exemple : écoles, centres de la petite enfance (CPE)) est essentielle pour assurer une vision globale de la santé. Ce travail de coopération interministériel est déjà ardu, nous pouvons craindre qu'il s'amenuise avec un nouvel organisme externe au gouvernement.

En outre, une agence ayant la responsabilité d'une offre de soins et de services ne peut se comparer à n'importe quelle autre société d'État. Un système de santé visant la santé et le bien-être d'une population va bien au-delà d'une offre de soins et de services. Le fait de séparer le RSSS du reste du gouvernement va à l'encontre d'une vision globale et holistique de la santé

¹⁵ Radio-Canada, *Québec veut créer une agence pour séparer le béton de la politique*, 4 décembre 2013, [en ligne], <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/644527/agence-route-projet-loi-infrastructure-transport>.

¹⁶ Hugo PILON-LAROSE, *La Presse, Les partis de l'opposition veulent un grand débat*, 12 janvier 2023, [en ligne], <https://www.lapresse.ca/actualites/politique/2023-01-12/avenir-d-hydro-quebec/les-partis-de-l-opposition-veulent-un-grand-debat.php>.

¹⁷ Rappelons ici les déterminants sociaux en santé : le revenu et la situation sociale de la personne (ex. : un revenu suffisant pour se nourrir), le niveau d'instruction (ex. : l'accès aux établissements scolaires), les environnements sociaux et physiques (ex. : le quartier), les services de santé (ex. : l'accès à un intervenant social), la culture (ex. : l'intégration culturelle), le réseau de soutien social (ex. : avoir un ou des proches), l'emploi et les conditions de travail (ex. : le niveau de stress au travail), le contexte géographique (ex. : une catastrophe naturelle), le genre (ex. : les valeurs sociales imposées de manière genrée), les composantes biologiques et physiologiques (ex. : la génétique). Source : Gouvernement du Canada, *Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé*, 2022.

¹⁸ Notons que la responsabilité octroyée à Santé Québec d'agir sur les déterminants sociaux de la santé vise à améliorer l'offre de services et non pas la santé et le bien-être de la population, art. 29, n.4.

pourtant promue par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Si le gouvernement fait néanmoins le choix d'aller de l'avant avec cette nouvelle société d'État, nous croyons qu'il serait à l'avantage de Santé Québec, afin de préserver une vision complexe de la santé, que le CA de Santé Québec soit constitué d'une plus grande diversité de ses administrateurs et qu'il inclue une représentation à la fois du milieu de la santé et des services sociaux et de la société civile.

De plus, pour assurer l'atteinte de la mission du ministère d'améliorer la santé et le bien-être de la population, un comité constitué de personnes élues et issues de la société civile devrait être mis en place pour agir en garde-fou démocratique de la société d'État. Ce comité pourrait spécifiquement avoir pour mandat de surveiller que la mise en œuvre des orientations du ministère agisse positivement sur la santé et le bien-être de la population.

Recommandations

6. Que l'imputabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux soit inscrite à la loi, eu égard aux fonctions qui lui sont déléguées.
7. Que le PDG de Santé Québec soit nommé par les deux tiers de l'Assemblée nationale.
8. Que le gouvernement prévoie un mécanisme permanent permettant aux élu-es de l'Assemblée nationale, lorsqu'ils le jugent nécessaire, de questionner facilement et de manière publique le PDG de Santé Québec.
9. Que l'article 29 du projet de loi soit modifié pour que Santé Québec ait la responsabilité de collaborer avec les intervenantes et intervenants du RSSS ainsi qu'avec les intervenantes et intervenants liés aux autres ministères afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population québécoise.
10. Que le plan stratégique de Santé Québec prévu à l'article 99 du projet de loi soit déposé à l'Assemblée nationale.
11. Que le CA de Santé Québec inclue une place pour des représentantes et représentants de la société civile ainsi que quatre places pour des représentantes et représentants provenant des différentes catégories d'employé-es du réseau de la santé et des services sociaux.
12. Que le gouvernement mette en place un comité constitué de personnes élues et issues de la société civile pour veiller à la mise en œuvre des pratiques visant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

1.1.2 La mystérieuse cible de l'efficacité

Le ministre fait la promotion de son projet de loi en l'identifiant comme un maillon essentiel à l'amélioration de « l'efficacité » du RSSS. Le projet de loi établit que le ministre sera responsable de déterminer les standards d'efficacité du RSSS (art. 19, n° 3) et différents mécanismes sont prévus pour en faire le suivi.

Premièrement, ces processus de vérification de l'efficacité auraient très bien pu être appliqués par un ministère et ne justifient nullement la création d'une société d'État. Deuxièmement, nulle part dans les 1 180 articles du colossal projet de loi la cible de l'efficacité n'est définie. Le ministre vise-t-il ici à augmenter la santé globale de la population?

La diminution des listes d'attente? La réduction des dépenses en santé et services sociaux¹⁹? Est-ce que le MSSS définira l'efficacité de la même manière, par exemple, en services jeunesse, en oncologie, en soutien à domicile ou en service d'urgence? Le fait qu'une société d'État ait comme mandat d'offrir des services en adéquation aux ressources allouées (art. 29 n° 1) obligera-t-il à adopter une rigidité budgétaire, voire des coupes pour empêcher tout dépassement de coûts? Nous croyons essentiel que le gouvernement expose dans sa loi ce qu'il entend par efficacité pour que la population et les élu-es puissent juger de sa pertinence et y proposer des améliorations.

Nous craignons que la vision de l'efficacité telle que conçue par le gouvernement ne soit celle promue par l'utopie de la NGP qui tend à donner préséance à la reddition de compte plutôt qu'à la prestation de services. Il faut rappeler que la mise en place d'agences et de sociétés d'État constitue une mode en gouvernance qui est empruntée à la Grande-Bretagne et aux dictats de la NGP. Les agences ont été créées afin, soi-disant, de générer des gains d'efficacité. Or, les expériences menées dans de nombreux pays montrent que les agences échappent souvent aux autorités parlementaires et ministérielles. Des réflexions ont eu cours, notamment en Grande-Bretagne et en France²⁰, pour maintenant assurer une meilleure cohérence des politiques publiques vis-à-vis des sociétés d'État. L'Organisation européenne de coopération économique (OCDE) a déjà mis en garde les pays contre le modèle de gouvernance par agence qui peut créer différents problèmes comme la perte d'imputabilité, le manque de transparence, la confusion des responsabilités et des pouvoirs entre ministres, dirigeants et conseils d'administration, les risques de conflits d'intérêts, les nominations partisans, etc.²¹

Par ailleurs, le Québec a déjà connu une bien mauvaise expérience avec une agence dans le domaine de la santé et des services sociaux : l'Agence des partenariats public-privé du Québec (PPP). Lancée en grande pompe en 2004 sous le signe du modernisme économique et de la réingénierie de l'État, l'Agence des PPP a connu des ratés majeurs dans son évaluation des mégaprojets du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et du Centre universitaire de santé McGill (CUSM). La Vérificatrice générale du Québec (VGQ) avait alors soulevé un manque important de rigueur du conseil d'administration de l'agence²².

Bref, nous doutons que la création d'une société d'État puisse constituer une plus-value pouvant mener à l'amélioration de l'efficacité du RSSS en matière d'accessibilité et d'universalité des soins de santé et des services sociaux de qualité.

¹⁹ « Lorsque les gens utilisent le mot « *efficience* », ils se concentrent *inconsciemment* sur la caractéristique qui peut être mesurée le plus facilement (...) Ainsi, ce que les gens appellent *l'efficience* se réduit trop souvent à *l'économie*, et plus précisément à *l'économisation* : réduire les coûts tangibles au détriment des avantages intangibles », *Ibid.*, p.87. Mintzberg.

²⁰ Conseil d'État de France, *Les agences : une nouvelle gestion publique?*, 11 septembre 2012.

²¹ OCDE, *Les autres visages de la gouvernance publique – Agences, autorités administratives et établissements publics*, Paris, 26 novembre 2002.

²² Vérificateur général du Québec, *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2009-2010*, Tome II, Chapitre 5.

Recommandations

13. Que le gouvernement définisse dans la loi la cible de l'efficacité que devra rencontrer Santé Québec et ses établissements.
14. Que l'efficacité soit définie comme visant à répondre à l'objectif de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population et réponde aux principes d'universalité et de gratuité d'un RSSS public.

1.2 Administrer un réseau de santé et de services sociaux à deux vitesses

Outre la création de l'agence Santé Québec, le projet de loi n° 15 effectue un autre changement majeur : il officialise un réseau de santé et de services sociaux à deux vitesses. En effet, le projet de loi définit le pouvoir du ministre en ce qui a trait à la supervision du RSSS :

« Le ministre surveille le marché des services du domaine de la santé et des services sociaux, notamment afin d'en connaître l'offre et la demande et les circonstances dans lesquelles les personnes ont accès aux services offerts » (art. 647).

De son côté, l'agence Santé Québec devra assurer l'efficacité et l'accès au RSSS. Pour arriver à cette fin, la société d'État pourra compter sur les établissements du réseau public, mais aussi sur les établissements privés (art. 2). En fait, comme présenté, le projet de loi a toutes les allures d'un cheval de Troie facilitant la privatisation du RSSS²³. Ce dernier deviendrait un immense marché où Santé Québec devra jouer les encanteurs entre un réseau public et une sous-traitance privée. Les entreprises privées ne seraient plus considérées comme des entités à part du réseau, mais bien comme faisant partie intégrante du RSSS²⁴.

En fait, le gain d'efficacité annoncé par le projet de loi ne semble tenir qu'à l'unique fait que le ministre évalue désormais « une offre » et « une demande » en soins de santé et de services sociaux et qu'une société d'État déterminera « l'offre la plus efficace » provenant du réseau public ou du secteur privé. Comment comparer des services publics avec des entreprises privées? L'un est sous-financé, étouffé par la reddition de comptes et a des obligations propres au service public. L'autre est à but lucratif, peut choisir sa clientèle et ses conditions de réalisation et est en partie financé par l'État. L'un doit répondre à une patientèle aux besoins complexes et multiples exigeant par le fait même un travail interdisciplinaire sur une longue période. L'autre reçoit une liste de clients aux besoins clairement encadrés et dont on aura identifié une période de prestation de services. La comparaison est tout simplement inéquitable et mènera nécessairement à valoriser le choix du privé.

Or, le domaine de la santé et des services sociaux ne se compare pas à un marché économique ordinaire. Henry Mintzberg, éminent chercheur spécialisé en gestion, rappelle que la gouvernance

²³ Isabelle PORTER, *Le Devoir, Santé Québec, un cheval de Troie pour le privé?*, 6 avril 2023.

²⁴ Il est assez surprenant que le gouvernement vienne officialiser la présence d'une sous-traitance au sein du RSSS alors qu'il vient tout juste d'adopter le projet de loi n° 10 visant à réduire l'utilisation de la sous-traitance de la main-d'œuvre dont les effets sont reconnus comme délétères.

en santé est unique : « L'objet qui parcourt la chaîne de montage médicale n'est pas un châssis ni un moteur, c'est une personne » qui a besoin de services personnalisés à échelle humaine²⁵.

Recommandations

15. Modifier l'article 2 pour spécifier que l'offre de soins et de services est prioritairement offerte par les établissements publics.
16. Ajouter à l'article 19 la fonction au ministre de « veiller à l'universalité et la gratuité du réseau de la santé et des services sociaux ».
17. Modifier l'article 23 pour introduire la notion de priorisation des services publics.

1.2.1 L'inclusion des entreprises à but lucratif en santé et services sociaux et la déresponsabilisation de l'État

La privatisation du RSSS n'est malheureusement pas nouvelle et se déploie depuis des décennies. En fait, contrairement aux idées reçues, le réseau n'a jamais été complètement public, puisque les médecins ont toujours refusé d'intégrer les services publics en tant que salarié-es et que plusieurs missions sont demeurées sous la coupole du privé (exemple : soins dentaires, soins psychologiques) ce qui a pour effet de désarticuler le RSSS en segmentarisant des composantes au privé plutôt que d'inscrire le tout dans une synergie du réseau qui permettrait un meilleur accès à la première ligne tout comme d'agir plus efficacement sur les déterminants sociaux de la santé.

Déjà, lors du virage ambulatoire des années 1990, les centres locaux de services communautaires (CLSC) ont été amenés à délaisser au privé certaines activités, comme le soutien à domicile. Le début des années 2000 a été marqué par le rapport Clair qui avait, entre autres, proposé de mettre sur pied les groupes de médecine familiale (GMF), une version privée et majoritairement à but lucratif des CLSC²⁶, sans le panier de services complets de ces derniers. En 2005, le jugement Chaoulli a permis l'ouverture des centres médicaux spécialisés à but lucratif et, à la même époque, le gouvernement imposait la construction et l'entretien en PPP du CHUM et du CUSM permettant ainsi à des entreprises privées d'encaisser des profits faramineux pendant des décennies. L'ère Barrette a aussi autorisé par règlement les frais accessoires, facilité la conclusion d'ententes avec les organismes privés et a obligé des établissements à procéder à des appels d'offres pour certains services, dont les buanderies publiques. Continuant dans la même veine, le gouvernement lance maintenant un appel d'offres pour la construction de deux hôpitaux privés.

Par ailleurs, comment peut-on expliquer les doubles standards entre le secteur public et le secteur privé? Comment expliquer la courte échéance de la construction des mini-hôpitaux privés en la comparant aux établissements publics? Une seule explication peut s'y prêter. On permet des règles plus souples pour le secteur privé. Directement dans l'aspect des soins, on

²⁵ Henry MINTZBERG, *Gestion des soins de santé : Déboulonner les mythes*, Somme toute, 2022.

²⁶ Mélanie BOURQUE et Gaëlle LERUSTE, *La transformation des idées sur la privatisation du système de santé québécois depuis 1970 : le passage à un nouveau référentiel sectoriel?*, *Politique et Sociétés*, vol. 29, n. 2, 2010.

remarque que même avec le transfert de certaines chirurgies au privé, le coût demeure plus élevé que le secteur public. Il n'y a donc pas lieu de le privilégier comme le projet de loi le prévoit.

Il est difficile d'estimer les coûts totaux de la privatisation pour le gouvernement ainsi que les marges de profit que les entreprises peuvent dégager, puisque les ententes restent souvent confidentielles ou difficilement accessibles. En 2016, le ministre Gaéтан Barrette a lancé trois projets pilotes de cliniques privées à Montréal dont il allait mesurer l'efficacité : « Ça fait longtemps que le privé dit qu'il est plus efficace, on va savoir si c'est vrai. » La démonstration est éloquente, le privé est au moins deux fois plus dispendieux et ses coûts augmentent au lieu de baisser comme il a été observé au public²⁷. Aussi, la centralisation possible de certains secteurs d'activités par Santé Québec, par exemple les ressources humaines, les ressources informatiques ou le travail des secrétaires médicales, fait craindre une nouvelle vague de privatisation comme il a été effectué avec les buanderies publiques. Devons-nous rappeler les multiples ratés du logiciel Phénix ou du service Optilab dont les délais d'analyse diffèrent inégalement d'une région du Québec à l'autre²⁸? La centralisation n'est pas nécessairement une solution porteuse d'efficacité et de réduction des coûts²⁹.

Ces entreprises privées en soins et en services doivent être surveillées pour assurer le respect des contrats et l'atteinte des objectifs de qualité et d'efficacité. Le projet de loi n° 15 est d'ailleurs submergé d'articles encadrant les entreprises privées et plusieurs sanctions administratives et pénales y sont prévues. Nous accueillons favorablement l'ensemble de ces encadrements nécessaires à la sécurité et à la qualité des services, dont celles prévues pour les résidences pour aîné-es qui offrent trop souvent des conditions de vie déplorables. Toutefois, nous nous questionnons sur les coûts et la surcharge administrative que cette surveillance engendrera pour le gouvernement.

L'existence de cette surveillance montre *de facto* que les dérapages du privé existent. Le rapport de la Commission d'enquête sur l'octroi et la gestion des contrats publics dans l'industrie de la construction (ou Commission Charbonneau) n'a pas dix ans que le gouvernement semble déjà prêt à positionner un autre ministère, et non le moindre, la santé, dans des conditions favorisant la perte d'expertise publique, le manque de transparence sur les contrats octroyés au privé et le refus de démontrer objectivement la plus-value du privé.

Depuis toujours, les sirènes du libre marché font croire aux législateurs que davantage de concurrence et d'entreprises privées amélioreront nécessairement le RSSS. Ce dernier perd alors tranquillement, mais sûrement, son caractère public. Ainsi, entre 1979 et 2019, la part

²⁷ Jean-Louis BORDELEAU, *Le Devoir, Jusqu'à 150 % plus cher pour une chirurgie au privé*, [en ligne], 24 avril 2023, <https://www.ledevoir.com/societe/789652/sante-jusqu-a-150-plus-cher-pour-une-chirurgie-au-prive>.

²⁸ Maxime HÉBERT-LÉVESQUE, Radio-Canada, *Le Parti québécois demande à Québec d'abandonner le projet Optilab*, 3 mars 2023, [en ligne], <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1960626/politique-systeme-sante-tests-laboratoire-optilab-saguenay-lac-saint-jean>.

²⁹ « L'envie de fusionner est un étonnant phénomène d'échappatoire compte tenu du faible nombre de recherches qui le soutient », Fondation canadienne de Recherche sur les Services de Santé, *Les ressources humaines dans le secteur de la santé au Canada*, 2002.

du financement privé en santé a crû de 52,6 %³⁰. Si les sirènes disaient vrai, cela ferait 30 ans que le réseau gagnerait en accessibilité et en qualité.

Le gouvernement se défend en disant ne pas faire de la vraie privatisation, puisque les citoyennes et les citoyens n'ont pas à payer eux-mêmes leurs services, mais la présence d'entreprises à but lucratif dans le RSSS cause nécessairement des dépenses supplémentaires pour le gouvernement et, conséquemment, pour les contribuables. Par exemple, entre 2016 et 2022, le MSSS a évalué une augmentation de 380 % des coûts reliés à la main-d'œuvre indépendante (MOI) pour atteindre des dépenses de 960 millions de dollars. Les services achetés, eux, représentaient, en 2022, un total de 3,5 milliards de dollars, soit près de trois fois plus que les dépenses en MOI³¹. Les milliards de dollars utilisés à engraisser les entreprises privées de santé ne servent pas à améliorer la qualité et l'accessibilité du réseau public.

Surtout, le développement de plus en plus important du secteur privé a des conséquences sur la disponibilité de main-d'œuvre dans le réseau public. Le Québec ne dispose pas d'un nombre infini de travailleuses et de travailleurs en santé et en services sociaux. En pleine pénurie de main-d'œuvre, le personnel du secteur public, épuisé par les conditions de travail et d'exercice offertes et désabusé par les étourdissantes réformes stériles, migre vers le secteur privé. Le gouvernement, en persévérant dans son entreprise de mise en vente du RSSS, affaiblit toujours plus son propre réseau public et encourage un dangereux cercle vicieux : plus le secteur privé se développe, plus le RSSS public manque de personnel, plus le gouvernement justifie la sous-traitance privée. Nous cherchons ici le gain en efficacité que croit dégager le gouvernement.

Le gouvernement tente de nous faire croire qu'il contrôlera les effets du développement du secteur privé en demandant à Santé Québec d'évaluer les répercussions d'ouverture de clinique médicale sur la main-d'œuvre du RSSS public avant de l'autoriser (art. 453). Comment Santé Québec évaluera cet impact et pourquoi le faire uniquement pour l'implantation de cliniques médicales? Nous croyons que c'est en freinant le développement à tout crin du secteur privé en santé et services sociaux que le gouvernement arrivera à juguler la fuite de son personnel. C'est aussi en le respectant, en lui donnant la parole et en lui octroyant des conditions d'emploi attractives.

³⁰ Guillaume HÉBERT, IRIS, *La progression du secteur privé en santé au Québec*, mars 2022.

³¹ MSSS, *Rapports financiers annuels des établissements*, AS-471, 2015-2016 à 2021-2022.

Recommandations

18. Que le gouvernement prévoie qu'avant tout octroi de contrat à une entreprise privée, Santé Québec doit effectuer une analyse démontrant la nécessité du recours à un service privé plutôt que d'utiliser le RSSS public et que l'analyse de la nécessité du recours à une entreprise privée soit publique.
 - a. Que la nécessité soit démontrée après que Santé Québec ait pris tous les moyens raisonnables pour l'éviter.
 - b. Que Santé Québec maintienne, en tout temps, l'expertise publique permettant de faire la démonstration que le soin ou le service offert par l'entreprise privée est de moindre coût que s'il était dispensé par le réseau public.
19. Que toute entente signée avec un tiers par Santé Québec et par un de ses établissements soit publique, publiée intégralement et sans délai.

1.2.2 Le contre-exemple des GMF dans la perte de contrôle de l'opérationnalisation des soins et des services

La privatisation constante peut aussi engendrer une perte de contrôle du gouvernement québécois des pans importants du RSSS. Le meilleur exemple est celui du désastre de la première ligne québécoise. Le modèle des GMF, développé il y a 20 ans, était censé être la principale solution au problème d'accès à la première ligne. Or, année après année, les urgences débordent, le nombre de personnes en attente d'un médecin de famille est toujours inacceptable et la recherche d'un rendez-vous pour un soin mineur un soir ou une fin de semaine relève du défi herculéen.

La première ligne dirigée par des médecins et basée sur le modèle privé ne fonctionne pas. D'ailleurs, le VGQ soulignait que :

« Les exigences ministérielles liées au soutien financier que les agences de la santé et des services sociaux versent aux GMF ont peu favorisé la prise en charge additionnelle de patients par les médecins, particulièrement de patients plus vulnérables ». [...] « le ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que les agences continuent généralement à financer les GMF même si ces derniers ne respectent pas les exigences établies, dont le nombre de patients inscrits et les heures d'ouverture »³².

En ce moment, c'est l'offre de services des médecins-entrepreneurs des GMF qui détermine les soins prioritaires de la première ligne et non pas les besoins de la population. La logique du médecin-entrepreneur nuit à l'agilité du réseau, coûte cher aux contribuables et entrave l'atteinte d'une meilleure accessibilité³³. Pourtant, la solution pour les soins de première ligne a déjà fait ses preuves : le modèle des CLSC vise à offrir une porte d'entrée à toute citoyenne

³² Vérificateur général du Québec, *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016*, 2015.

³³ Anne PLOURDE, IRIS, *Bilan des groupes de médecine de famille après 20 ans d'existence, Un modèle à revoir en profondeur*, juin 2022.

et tout citoyen, tant sur le plan médical que sur le plan psychosocial, et quel que soit leur statut ou s'ils sont inscrits ou non à la liste d'attente pour un médecin de famille. Les CLSC pourraient simplement être valorisés et offrir des services élargis. L'infrastructure existe déjà et a fait ses preuves. Le délaissement de ces établissements relève davantage de l'idéologie que du pragmatisme.

Or, le projet de loi n° 15 projette d'utiliser le modèle des GMF pour les soins spécialisés. En effet, par la détermination des territoires de médecine spécialisée et par certaines facilitations prévues au projet de loi, le gouvernement simplifie le développement national de cliniques privées spécialisées. D'ailleurs, si les traitements autorisés aux cliniques spécialisées sont listés par la loi, il est aussi mentionné que Santé Québec pourra déterminer ultérieurement par règlement tout autre traitement médical spécialisé qu'il jugera nécessaire d'autoriser (art. 481). Cela ouvre la porte à une inquiétante dérive de privatisation des soins spécialisés.

L'idée de créer une société d'État devant comparer sur le même pied d'égalité l'efficacité du réseau public à des entreprises privées est funeste. L'expérience du réseau des services de garde du Québec devrait inspirer le gouvernement : le développement d'un libre marché et de mise en concurrence du modèle Centre de la petite enfance-Responsable en services de garde éducatifs en milieu familial (CPE-RSGÉ) avec les garderies à but lucratif a mené à une inquiétante pénurie de services de garde. Pour améliorer la santé et le bien-être de la population, le MSSS doit cesser d'agir comme s'il était un ministre de l'Économie qui subventionne le développement d'entreprises privées. Il doit donner les moyens au réseau public de se développer, d'innover et de viser la qualité, l'accessibilité et l'universalité des soins et des services.

Recommandations

20. Ajouter à l'article 24 la fonction à Santé Québec de « Développer l'offre de soins et de services publics et universels ». Que Santé Québec ait l'obligation de déposer à l'Assemblée nationale d'ici un an un plan de rapatriement de l'offre de soins et de services au sein des services publics québécois. Ce plan devra comprendre un échéancier et divers indicateurs de réussite dont le nombre et le type de soins et de services offerts par des entreprises privées par établissement ainsi que leur coût.
 - a. Que Santé Québec soit tenu de déposer annuellement un rapport à l'Assemblée nationale faisant état de l'avancement de son plan de rapatriement de l'offre de soins et de services au sein des services publics québécois.
21. Que le gouvernement prévoie le développement de services et de soins spécialisés au sein des services publics québécois.
22. S'assurer que les CLSC puissent jouer leur rôle central en première ligne.

2. Une nouvelle réforme qui poursuit le processus de centralisation

Depuis 30 ans, de multiples rapports ont appelé à décentraliser le RSSS pour le rendre plus efficace et plus proche des réalités des différentes communautés. Les groupes politiques, tant de droite que de gauche, appellent au même changement de paradigmes³⁴. Le chercheur Denis Bourque résume ainsi le besoin :

« Trois changements sont prioritaires dès maintenant : sortir de l'hospitalo-centrisme pour développer les services de proximité et la prévention; impliquer de nouveau les utilisateurs et les producteurs de services (et pas seulement les médecins) dans leur gestion et celle des établissements; démocratiser le réseau de la santé et des services sociaux en décentralisant la première ligne vers les communautés locales »³⁵.

Il est tout simplement contreproductif de concentrer les prises de décision dans une entité centralisée alors que le RSSS est étendu à l'ensemble du territoire québécois, qu'il doit répondre à une multitude de problématiques humaines et de santé, que les établissements agissent avec des populations diversifiées et que la réalité de la main-d'œuvre est très différente d'une région et d'un établissement à l'autre.

La réforme Barrette visait une hyperconcentration des établissements du RSSS et une centralisation de la gouvernance en diminuant le pouvoir décisionnel des acteurs locaux. Le principe du Plan santé, soit de décentraliser le réseau, au contraire de bien d'autres, faisait l'unanimité. Or, à la lecture du projet de loi n° 15, tous constatent l'opposé : le ministre suit plutôt le paradigme centralisateur de la réforme Barrette. Le fait que le ministre doive convaincre de sa volonté décentralisatrice démontre que son objectif n'est tristement pas atteint³⁶.

2.1 Une gouvernance plus centralisée que jamais

Le projet de loi propose de déplacer l'opérationnalisation du réseau du MSSS vers Santé Québec. Les présidents-directeurs généraux d'établissement devront nommer des responsables d'installation (art. 132) ainsi que plusieurs directions cliniques. Ces propositions sont louables, mais un ajout et un déplacement de cadres ne constituent pas en soi une décentralisation.

Il reviendra au CA de Santé Québec de nommer les PDG d'établissement (art. 129) et non plus au CA de l'établissement de nommer le PDG selon un profil de compétences et d'expérience établi par celui-ci (art. 192.1, art. 193, LSSSS). Le gouvernement a choisi de garder le pouvoir politique et de faire nommer les PDG par une instance centrale loin des communautés

³⁴ Francis VAILLES, *La Presse*, *Québec doit décentraliser davantage*, 11 avril 2023, [en ligne], <https://www.lapresse.ca/affaires/chroniques/2023-04-11/sante-quebec/quebec-doit-decentraliser-davantage.php>.

³⁵ Le Devoir, *Plaidoyer pour la décentralisation du système de santé*, 17 juin 2022.

³⁶ Le courrier parlementaire, *Projet de loi 15 : réforme en santé, Décentralisation ou centralisation? Chacun son avis*, 11 avril 2023, [en ligne], <https://lcp-lag.com/article/d-eacute-centralisation-ou-centralisation-chacun-son-avis-43841?key=b3268ae017f224184775ee8bd61bddd8>.

pourtant bien au fait de leurs besoins et de leurs particularités. Cela réduit, sans raison valable, l'aspect démocratique des établissements. Par ailleurs, les pouvoirs des PDG d'établissement sont assez restreints et restent à être définis.

Les CA des établissements, eux, disparaissent au profit de conseils d'établissement (CE). Ces CE ont des pouvoirs beaucoup moins étendus que les anciens CA, alors que le rôle d'administration se transforme en un rôle-conseil auprès des PDG. Les membres du CE sont nommés par le CA de Santé Québec (art. 107) après avoir tenu compte des particularités socioculturelles des usagères et des usagers et après avoir consulté les organismes qu'ils considèrent eux-mêmes comme représentatifs des milieux concernés (art. 108). Soulignons qu'il est assez surprenant que les membres du CE, qui ont pourtant un rôle de représentation des communautés, ne soient pas proposés par les communautés elles-mêmes. Cela constitue une perte démocratique régionale ainsi qu'une nouvelle preuve de l'éloignement des décideurs dans les milieux. De plus, nous déplorons qu'aucun siège ne soit attribué au personnel des établissements au sein des conseils d'établissements (art. 107) alors que le milieu des affaires s'y retrouvera.

En fait, le seul comité institutionnel où l'ensemble des employé-es peuvent siéger, soit le comité consultatif, est relégué à des considérations culturelles³⁷ et ne pourra intervenir que sur « les moyens à mettre en place pour préserver le caractère culturel, historique, linguistique ou local de l'établissement » (art. 126). Si le gouvernement va de l'avant, nous l'appelons à repenser le rôle que doivent jouer les personnes au cœur de la production des soins et des services. Les travailleuses et les travailleurs sont les mieux placés pour identifier les problèmes vécus dans les établissements ainsi que leurs possibles résolutions locales. Nous demandons que le rôle du comité consultatif soit élargi et puisse effectuer des recommandations au CE pour atteindre la cible de l'efficacité et ainsi fournir une offre publique de soins et de services de qualité.

Par ailleurs, la LSSSS prévoyait un mécanisme participatif de planification de la main-d'œuvre (PMO) (art. 231, LSSS). Ce travail paritaire de la PMO est essentiel étant donné la crise actuelle de pénurie de main-d'œuvre, mais aussi parce que nous constatons que les données ne sont pas à jour, sont insuffisantes et ne sont pas communiquées aux partenaires syndicaux sur une base régulière. Or, le projet de loi n° 15 ne prévoit aucun mécanisme paritaire de PMO. Nous réclamons donc que soit constitué un comité paritaire de planification de la main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux. Celui-ci devrait, notamment, avoir pour mandat de procéder à un exercice sérieux de PMO pour, entre autres, élaborer un portrait des secteurs et des titres d'emploi vulnérables, permettre d'anticiper les besoins de main-d'œuvre et mettre en place les ajustements requis en matière d'ajout d'effectifs.

D'autre part, un autre exercice efficace de PMO est plus que nécessaire avec les partenaires du RSSS. Pensons notamment aux services préhospitaliers d'urgence, aux organismes

³⁷ Notons que le projet de loi réitère l'obligation d'élaborer un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise (art. 348). Il aurait pu être intéressant que le gouvernement, en cohérence avec la Charte de la langue française, instaure aussi un comité ayant comme responsabilité de veiller à l'application du principe d'exemplarité de l'État en matière de langue française au sein du RSSS.

communautaires et à tout autre organisme offrant des services qui ont un effet positif direct sur les déterminants sociaux de la santé. Bien que les travailleuses et travailleurs de ces organismes ne soient pas des salarié-es du réseau public, il n'en demeure pas moins que le réseau s'appuie sur ces organismes pour assurer son offre de services.

Bref, pour qu'un système se décentralise, il ne suffit pas de nommer des cadres dans différentes strates hiérarchiques. Il faut aussi octroyer des pouvoirs aux dirigeantes et aux dirigeants et ouvrir la gouvernance aux différents acteurs du milieu. D'ailleurs, le signataire du rapport Clair ne croit pas que la réforme Dubé viendrait décentraliser les pouvoirs malgré l'ajout de centaines de gestionnaires locaux³⁸.

Recommandations

23. Que le PDG d'établissement soit nommé par le CA de Santé Québec après recommandation du CE de l'établissement.
24. Que la majorité des membres des CE soient nommés après recommandation des groupes représentatifs des différentes communautés identifiées.
25. Que les CE d'établissement comprennent des représentantes et représentants des travailleuses et des travailleurs de l'établissement désignés par les associations représentatives en lieu et place d'une personne du milieu des affaires.
26. Que le mandat du comité consultatif soit élargi et cible des recommandations sur l'efficacité d'une offre publique de soins et de services de qualité.
27. Que le gouvernement prévoie la mise en place d'un comité paritaire de la planification de la main-d'œuvre du RSSS.

2.2 Une gouvernance clinique toujours plus centralisée

Le projet de loi n° 15 prévoit la mise en place d'un programme national sur la qualité des services (art. 65). Si la CSN ne peut qu'appuyer un programme visant à mettre en place des pratiques garantissant la qualité et la sécurité des services, nous avons certaines inquiétudes quant à l'uniformisation des pratiques. Le Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM) est ici un contre-exemple alors qu'avec ce programme, plusieurs intervenantes et intervenants du milieu craignent la perte de leur autonomie et de leur capacité d'exercer leur jugement professionnel pour répondre à des critères peu adaptables de « pratiques reconnues ».

Recommandation

28. Que le programme national sur la qualité des services se déploie dans le respect de l'autonomie et du jugement professionnel.

³⁸ Fanny LÉVESQUE, *La Presse*, Michel Clair émet des bémols, 5 avril 2023, [en ligne], <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2023-04-05/sante-quebec/michel-clair-emet-des-bemols.php>.

2.3 La dérive annoncée de la pratique sage-femme

Le projet de loi n° 15, comme proposé par le gouvernement, vient profondément transformer la gouvernance et l'organisation du travail des sages-femmes et fait craindre le pire pour la pratique sage-femme. L'abolition du Conseil des sages-femmes (CSF) et son intégration au sein du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (art. 1108) auraient des répercussions majeures sur l'autonomie professionnelle des sages-femmes ainsi que des effets catastrophiques sur l'accès, la qualité et la proximité des soins. Le travail des sages-femmes au sein du CSF est organisé de façon collégiale en misant sur leur autonomie et leur agentivité, de sorte que celles-ci prennent véritablement part à toutes les décisions portant sur la distribution appropriée des services et la qualité des soins. En abolissant l'organe par lequel elles exercent une gestion de proximité, les sages-femmes perdront le lieu qui leur permet de prendre des décisions rapides en lien avec les besoins de chaque communauté locale. La CSN appelle donc au maintien du Conseil des sages-femmes.

Qui plus est, le projet de loi n° 15 prévoit que les responsables des services de sages-femmes deviennent des chefs de département clinique (art. 1107). Ces chefs de département seraient nommés par le PDG et sous l'autorité d'un directeur médical (art. 179, 181 et 238). Ce type de gouvernance va complètement à l'encontre du mode de gouvernance dont se sont dotées les sages-femmes, qui repose sur une gouvernance non hiérarchique ainsi que sur une responsabilité collective où chacune des professionnelles se sent pleinement impliquée dans l'octroi de services de qualité.

De plus, il faut rappeler que la pratique sage-femme opère sous un paradigme différent de la pratique médicale. Alors que la médecine moderne privilégie l'analyse objective et tend à traiter les grossesses comme une maladie, les sages-femmes visent la transmission de l'information scientifique afin que la femme puisse faire des choix éclairés correspondant à ses besoins et à ses valeurs. Les décisions prises résultent ainsi d'un processus où les responsabilités sont partagées entre la femme, sa famille (telle que définie par la femme) et les professionnels de la santé. Les sages-femmes reconnaissent par ailleurs que la décision finale sur sa santé et celle de son bébé appartient à la femme³⁹.

Conséquemment, la CSN déplore que le projet de loi n° 15 vienne soumettre la pratique sage-femme à un contrôle par la pratique médicale. Que ce soit le fait qu'elles seront sous la supervision clinique d'un directeur médical ou que la révision de dossiers et le processus disciplinaire ne soient plus faits par des pairs, mais par un commissaire ou un médecin examinateur (art. 576, 586 et 587), tous ces changements menacent de faire disparaître la spécificité de la pratique. C'est pourtant cette spécificité qui est recherchée et appréciée par les femmes qui font appel aux services d'une sage-femme. La CSN interpelle le gouvernement à revoir le projet de loi n° 15, de sorte que l'essence de la pratique sage-femme soit préservée et que les services de sages-femmes soient davantage développés.

Et puis, dans l'éventualité où une sage-femme serait soumise à un processus disciplinaire, ce dernier devrait être fondé sur le principe de l'équité procédurale et, étant donné la spécificité

³⁹ Regroupement Les sages-femmes du Québec, *la Philosophie de la pratique sage-femme*, 1997, [en ligne], <https://www.rsfq.qc.ca/a-propos/#notre-philosophie>.

de la pratique sage-femme par rapport à la pratique médicale, les sages-femmes ne devraient être jugées que par leurs pairs.

Nous pensons que le modèle sage-femme actuel, basé sur la décentralisation, l'autonomie professionnelle et l'adaptativité aux usagères, devrait inspirer la réorganisation du réseau plutôt que de tomber sous le couperet de celle-ci.

Recommandations

- | |
|--|
| 29. Que le Conseil des sages-femmes soit maintenu, sans être intégré au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. |
| 30. Que les sages-femmes aient droit à l'équité procédurale et à être jugée par leurs pairs en cas de processus disciplinaire. |

3. La création d'un employeur unique centralise à outrance les relations du travail

3.1 L'employeur unique

Le projet de loi n° 15 comporte un curieux paradoxe. Dans sa présentation, le ministre prétend décentraliser la gestion des établissements pour ramener la prestation de soins plus près des gens. Au-delà des mots, comme cela a été démontré précédemment, ce n'est pas le réel effet du projet de loi. Pourtant, en ce qui a trait aux relations de travail, le ministre admet sans ambiguïté avoir comme objectif de centraliser les relations de travail dans le RSSS. Il compte y arriver en créant un employeur unique : Santé Québec.

Nous soutenons que la centralisation des relations du travail par la fusion des établissements et des unités de négociation n'est pas nécessaire ni utile ni même de nature à favoriser l'atteinte des objectifs du gouvernement. En effet, une plus grande centralisation des relations du travail et de l'étendue des unités de négociation aurait des effets sur la qualité et l'accessibilité des soins et des services.

Fusion après fusion, les personnes travaillant dans le réseau de la santé ont été affectées par la perte de la mission de leur ancien établissement. Chaque fusion a entraîné une diminution du sentiment d'appartenance et de loyauté envers l'employeur. Elles ont l'impression de travailler pour une organisation de taille démesurée, impersonnelle, où la particularité de leurs usagères et usagers n'est plus la mission de l'établissement et qui ne peut s'adapter lorsque des problèmes dans la prestation de soin sont soulevés. Leurs gestionnaires immédiats sont également prisonniers d'une culture décisionnelle hypercentralisée qui, selon leur association, ne changera pas rapidement et certainement pas facilement. La capacité du RSSS de redevenir un employeur de choix où le personnel se sent investi et le succès de la réforme se mesureront précisément sur sa capacité à revenir en arrière sur la centralisation impersonnelle et inflexible. En complétant le travail de Barrette et de Couillard, on craint que le gouvernement rate complètement son objectif de devenir un employeur de choix.

3.1.1 Le régime particulier du secteur des affaires sociales

Le régime québécois des relations du travail, érigé par le Code du travail⁴⁰ (ci-après « le Code »), s'articule autour de deux acteurs : l'employeur et l'association accréditée. En effet, le Code prévoit que les accréditations syndicales délivrées par le Tribunal administratif du travail (TAT) visent l'ensemble des salarié-es d'un employeur ou un groupe distinct de ces mêmes salarié-es⁴¹. L'association accréditée détient le monopole de représentation des salarié-es compris dans une unité de négociation, dont les contours sont notamment tracés par l'établissement ou les établissements visés par l'accréditation. L'établissement, au sens du Code, est une place d'affaires de l'employeur, un lieu où ce dernier exerce ses activités, une unité de gestion.

Or, dans le secteur des affaires sociales, les notions d'employeur et d'établissement sont synonymes en raison de la *Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic*⁴² (ci-après « la Loi 37 »). C'est à l'aune de cette loi que les dispositions de la convention collective sont négociées à deux paliers. Les associations et les établissements conviennent des stipulations agréées à l'échelle locale. Dans les faits, les parties n'ont aucune obligation de renégocier ces dispositions, mis à part, par exemple, dans le cas de fusion d'établissement. En pratique, certaines dispositions locales n'ont pas été renégociées depuis 2007. Les associations et les établissements doivent se regrouper aux tables sectorielles pour négocier les stipulations nationales, lesquelles lient les établissements⁴³. En plus de ces deux paliers, bien que la Loi 37 est muette en ce qui concerne la table centrale ou intersectorielle, les groupements d'associations peuvent, sur une base volontaire, négocier avec le Conseil du trésor à une table commune (table centrale) pour convenir d'une partie des stipulations nationales de la convention collective portant notamment sur les salaires pour l'ensemble des salarié-es du secteur public, incluant celles et ceux du secteur de l'éducation⁴⁴.

La *Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales*⁴⁵ (ci-après « la Loi 30 »), pour sa part, limite à quatre le nombre d'unités de négociation pouvant être reconnues par le TAT dans un seul établissement⁴⁶. Les contours de ces unités correspondent aux quatre catégories de personnel prévues à cette loi⁴⁷. Une réorganisation du RSSS, comme la fusion d'établissements, entraîne donc, à tout coup, une redéfinition des unités de négociation⁴⁸.

Le projet de loi n° 15 pousse le cadre législatif du secteur des affaires sociales à son ultime limite, à telle enseigne qu'il modifie la Loi 30 pour refléter la carte organisationnelle

⁴⁰ RLRQ, c. C-27.

⁴¹ Code, art. 21.

⁴² RLRQ, c. R-8.2, art. 1 et 60. Voir aussi l'art. 111.6 du Code.

⁴³ Loi 37, art. 41.

⁴⁴ Loi 37, art. 52.

⁴⁵ RLRQ c. U-0.1.

⁴⁶ Loi 30, art. 4 et 9.

⁴⁷ Loi 30, art. 5-8.

⁴⁸ Loi 30, art. 12 ss.

postérieure à la création de Santé Québec ⁴⁹, dans une ère où il ne restera que bien peu de choses à fusionner.

3.1.2 La délocalisation des relations du travail

Au quotidien, l'employeur a l'obligation de transiger avec l'association accréditée pour régler toute question relative aux relations du travail. Cela signifie que lorsque l'association accréditée dépose un grief contestant une application de la convention collective avec laquelle elle est en désaccord, c'est contre l'employeur qu'elle le fait. Si une entente est possible, c'est à l'employeur et à l'association accréditée de la conclure. Ces deux parties ont les coudées franches pour s'engager.

En fusionnant la quasi-totalité des employeurs du RSSS et en les réunissant en un seul et même établissement au sens de la Loi 37, le projet de loi n° 15 force une redéfinition majeure de la carte syndicale, brimant les droits d'association de plus de 300 000 salarié-es syndiqués. En effet, les articles 1087 et 1099 du projet de loi à l'étude entraînent l'application du mécanisme de fusion des accréditations syndicales prévu aux articles 12 et suivants de la Loi 30. Au terme de l'exercice, suivant de multiples processus de vote d'allégeance syndicale dans l'année suivant la fusion des établissements au sein de Santé Québec, il ne restera que quatre unités de négociation reconnues par le TAT.

La centralisation des relations du travail auprès de Santé Québec, à la fois seul et unique employeur et établissement, promet d'être contreproductive. Santé Québec sera né au prix de bouleversements majeurs des structures existantes, lesquels auront une influence sur le moral de salarié-es déjà éprouvés par les réformes successives (et, hélas, infructueuses) imposées au RSSS depuis 2003, et épuisés par la pandémie de COVID-19. On s'imagine mal comment la fusion des établissements et des associations syndicales peut aider à façonner, chez les salarié-es, la construction de sentiments identitaires et de fierté face à leur milieu de travail⁵⁰. Il faut plutôt s'attendre à un désengagement des salarié-es et au développement d'un sentiment d'apathie face à leur employeur. Créant au passage une grande période d'instabilité et de désorganisation dans le réseau pendant laquelle les énergies seront mobilisées autour de la question de l'allégeance syndicale.

En outre, la flexibilité attendue par le gouvernement pour trouver des solutions taillées sur mesure dans les milieux de travail⁵¹ risque d'être difficile à trouver en centralisant loin des enjeux les acteurs qui devront les traiter⁵². Même si les pouvoirs en matière de relations du travail étaient délégués aux établissements de Santé Québec, ce qui n'est pas le cas dans la mouture actuelle du projet de loi, ultimement, en vertu du Code, ce seront toujours Santé Québec et l'association accréditée centralisée qui seront imputables des décisions prises. Il est difficile d'imaginer comment les relations du travail pourront progresser de

⁴⁹ Art. 1068.

⁵⁰ Propos tenus par le ministre Christian Dubé, lors de la conférence de presse du 29 mars 2023.

⁵¹ À ce chapitre, le gouvernement réitère les demandes formulées par les gouvernements responsables des réformes de 2003 et de 2015, soutenus par les gestionnaires d'établissements.

⁵² À titre d'exemple, presque 100 000 salarié-es seraient réunis au sein d'une seule et même unité de négociation dans la catégorie 2.

manière efficiente dans un tel cadre alors que chaque jour qui se lève demande aux employeurs et aux syndicats de régler une série de problèmes concrets, petits et grands.

Par ailleurs, il est périlleux d'envisager les relations du travail dans un silo séparé de la prestation de soins. S'il s'agit effectivement de « rapproch[er] des communautés les décisions liées à l'organisation et à la prestation des services », comme énoncé au préambule du projet de loi n° 15, comment prétendre à une gestion de proximité sur le plan des soins si les parties responsables de l'organisation du travail au quotidien sont centralisées à travers toute la province? Si les travailleuses et les travailleurs du RSSS responsables de la prestation de soins font face à des problèmes concernant leurs conditions de travail qui ne peuvent être réglés efficacement par des acteurs locaux, les contrecoups sur les soins et services donnés à la population québécoise seront inévitables. Malheureusement, l'expérience des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) et plus récemment avec la création des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), nous avons constaté un empêchement dans la gestion locale à prendre des décisions relativement aux relations du travail. Tout doit être approuvé par la direction centralisée du CISSS ou du CIUSSS, ce qui démontre que les établissements centralisés comme proposés dans le présent projet de loi ne répondent pas à l'objectif de rendre les relations du travail à l'échelle humaine.

3.1.3 Une négociation déjà centralisée

179 unités de négociation sont reconnues par le TAT dans les établissements publics du RSSS. Le nombre impressionne, mais il faut savoir que dans les faits, le gouvernement n'a pas à négocier avec toute et chacune d'entre elles.

La Loi 37 oblige les associations à former des groupements aux tables sectorielles et à négocier en ce lieu pour les salarié-es représentés par elles. La configuration des tables de négociation – et leur nombre – ne dépend pas du nombre d'associations accréditées, mais de l'identité des joueurs syndicaux.

En tout et pour tout, dans le cadre de la présente ronde de négociations dans le secteur des affaires sociales, il n'y a que sept tables de négociation sectorielle et deux tables centrales⁵³ pour négocier les conditions de travail de plus de 310 000 salarié-es syndiqués. Il s'agit pourtant du groupe le plus imposant de salarié-es des secteurs public et parapublic québécois, et de loin.

Le gouvernement rate sa cible si, par l'adoption du projet de loi à l'étude, il entend réduire encore davantage le nombre de tables où sont négociées les conditions de travail des salarié-es du RSSS. La taille des tables sectorielles résultant d'une fusion des unités de négociation conduira à un enlèvement des relations du travail susceptible d'annihiler le gain d'efficacité recherché par le gouvernement. Les effets préjudiciables de cette fusion sur la conduite des relations du travail au quotidien et sur la liberté d'association sont démesurés.

⁵³ Une table pour le Front commun CSN, CSQ, FTQ et APTS, et une autre pour la FIQ.

3.1.4 Le fort prix de « l’ancienneté réseau »

L’ancienneté est une matière visée par les conventions collectives. Les applications du concept d’ancienneté le sont tout autant. Si l’objectif du gouvernement est de faire en sorte que les salarié-es puissent faire valoir leur ancienneté à travers l’ensemble du RSSS, il aurait été souhaitable qu’il commence par en faire la demande aux tables de négociation, ce qui n’a jamais été fait.

Or, le projet de loi n° 15 présume à tort que la voie de la négociation collective ne suffit pas à atteindre cet objectif et force la fusion des unités de négociation pour y arriver : un moyen à la fois draconien dans ses conséquences et aucunement nécessaire.

D’abord, les conventions collectives du RSSS permettent déjà la reconnaissance d’une ancienneté intercatégorielle⁵⁴. Une ancienneté interétablissements est même reconnue dans certaines matières⁵⁵.

Pour le reste, il est vrai que l’ancienneté ne vaut, à l’heure actuelle, qu’au sein d’une unité de négociation ou d’un même établissement. La fusion des établissements pour faire de Santé Québec l’unique employeur suffit donc à obtenir l’ancienneté RSSS convoitée par le gouvernement, et ce, sans fusion des unités de négociation comme confirmé par le développement de la jurisprudence⁵⁶.

Parfaitement évitable pour sa part, la fusion forcée des accréditations porte indûment atteinte à la liberté d’association. La volonté des salarié-es, notamment celle de décider avec qui ils vont s’associer, est un principe cardinal de l’accréditation syndicale. Pourtant, depuis 2003 et l’adoption de la Loi 30, elle est écartée de l’équation dans la définition des unités de négociation du secteur des affaires sociales.

En définitive, les moyens utilisés pour obtenir « l’ancienneté réseau », pour toutes les raisons exposées précédemment, entraînent de nombreuses conséquences qui ne seront pas compensées par les prétendus gains d’efficacité qui pourraient être réalisés par l’atteinte de cet objectif. Nous pourrions assister à un exode de salarié-es des centres urbains vers les régions. Le vrai problème n’est pas la mobilité de la main-d’œuvre, mais la capacité d’attraction de la main-d’œuvre par le RSSS. D’ailleurs, l’obligation de légiférer⁵⁷ sur les agences de placement de personnel et de main-d’œuvre indépendante témoigne de la faiblesse du RSSS sur le plan de la rétention de son personnel.

3.1.5 L’ironie des stipulations « locales »

En vertu de la Loi 37, 26 matières affectant le quotidien des travailleuses et travailleurs (la notion de poste, la mutation volontaire, la liste de rappel, les horaires, etc.⁵⁸) sont actuellement

⁵⁴ Voir notamment les articles 12.05 et 12.17 de la convention collective FSSS-CSN.

⁵⁵ Comme la détermination du quantum des vacances, tel qu’il appert de l’article 21.03 de la convention collective FP-CSN.

⁵⁶ La jurisprudence arbitrale permet de faire valoir son ancienneté au sein d’un même employeur.

⁵⁷ *Loi limitant le recours aux services d’une agence de placement de personnel et à de la main-d’œuvre indépendante dans le secteur de la santé et des services sociaux*, L.Q., 2023, c. 8.

⁵⁸ Voir l’annexe A.1 de la Loi 37.

« négociées et agréées à l'échelle locale »⁵⁹, entre les employeurs-établissements et les associations accréditées. Ces matières permettent à la fois d'intégrer et de maintenir une certaine culture propre aux établissements du RSSS à l'image des besoins des populations régionales.

Nous l'avons écrit plus haut, les stipulations locales sont rarement négociées, notamment en raison du fait qu'elles demeurent en vigueur tant et aussi longtemps qu'elles ne sont pas renégociées⁶⁰ ou qu'il n'y a pas fusion d'établissements. Or, les parties sont rarement en appétit de procéder à leur renégociation au même moment : il ne s'agit généralement pas d'une priorité pour les employeurs et à tout événement, les syndicats n'ont aucun rapport de force, étant empêchés de recourir à la grève aux fins de bonifier leurs conditions de travail sur ces matières⁶¹. Ce sont, fort malheureusement, les restructurations du réseau qui créent l'occasion : l'article 186 du projet de loi n° 10 a forcé la renégociation des stipulations locales initialement négociées dans la foulée de l'adoption de la Loi 30⁶².

L'effet du projet de loi n° 15 dans sa mouture actuelle est que ces stipulations locales seraient dorénavant négociées à l'échelle de la province entre Santé Québec et l'unique association accréditée dans chaque catégorie d'emploi.

On s'interroge dès lors sur l'opportunité de maintenir une quelconque distinction entre les stipulations locales et nationales, si elles sont négociées par les mêmes parties et qu'elles couvrent presque tout le territoire québécois. Ce qui aurait pour effet de déposséder les établissements locaux du pouvoir de solutionner des problèmes qui leur sont propres. Cette rigidité mènerait à tout sauf l'efficacité.

La réponse à ce questionnement pourrait justement se terrer dans la négation du droit de grève associée à la négociation des stipulations locales : une disposition maintenue intégralement par le projet de loi. Dans la mesure où le droit à la grève bénéficie d'une protection constitutionnelle, une telle limitation, fondée sur une distinction devenue factice, ne se justifie tout simplement pas.

En conclusion, les fusions d'accréditations syndicales ne sont pas nécessaires à la réforme du RSSS envisagée dans le projet de loi n° 15 et risquent même d'être contreproductives à l'atteinte des objectifs énoncés par le gouvernement, notamment la gestion de proximité qui lui est si chère. Elles n'auraient qu'une incidence négligeable sur le nombre de tables de négociation et seraient incompatibles avec la négociation de matières revêtant une importance capitale pour les travailleuses et travailleurs du RSSS et nécessaires au maintien de cultures locales. De plus, elles sont absolument contraires à la vision de décentralisation du RSSS et s'opposent à l'objectif du gouvernement de devenir un employeur de choix.

⁵⁹ Aussi appelées, dans le jargon du RSSS, des « stipulations locales ».

⁶⁰ Loi 37, art. 59.

⁶¹ Art. 111.14 du Code.

⁶² *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*, LQ 2003, c. 25, art. 88.

Des moyens moins attentatoires à la liberté d'association seraient à la disposition du gouvernement pour atteindre ses objectifs, que nous nous proposons d'aborder dans les sections suivantes.

3.2 Dissocier l'employeur de ses établissements aux fins de l'accréditation

Puisque suivant la fusion au sens de l'article 1087 du projet de loi n° 15, les centres intégrés, les établissements non fusionnés⁶³ et l'établissement public situé sur le territoire visé par la partie IV.2 de la LSSSS (telle qu'elle existe encore) « continuent leur existence dans Santé Québec » pour devenir des établissements soit « territoriaux », soit « autres que territoriaux », nous proposons que les accréditations puissent continuer à être rattachées à ces seuls établissements de Santé Québec. L'employeur peut être Santé Québec, alors que l'établissement visé par l'accréditation peut être un « établissement de Santé Québec ».

D'autres sociétés d'État québécoises⁶⁴ sont syndiquées par établissement distinct, en vertu du Code.

Si les notions d'employeur et d'établissement sont synonymes dans le secteur public, c'est parce que le législateur l'a voulu ainsi. Ce n'est pourtant pas une fatalité.

Ainsi, l'application de la Loi 30, promulguée par l'article 1099 du projet de loi n° 15, pourrait être limitée de la même manière qu'elle l'est à l'article 1101 en ce qui concerne les ressources intermédiaires et les ressources de type familial. Seules les accréditations présentes au sein d'un même établissement de Santé Québec pourraient être fusionnées.

Recommandation

31. Que l'article 1099 soit modifié de sorte que la fusion soit réputée, pour l'application de la Loi 30, être une intégration d'activités, mais uniquement au sein d'un même établissement de Santé Québec.

Le régime juridique applicable aux relations du travail dans le secteur des affaires sociales doit être revu pour séparer, aux fins des accréditations syndicales, l'employeur de ses établissements.

La Loi 30 elle-même n'a pas à être revue si la définition d'établissement prévue à la Loi 37 est adaptée afin que soit considéré l'établissement de Santé Québec comme un établissement, au même titre que pourrait l'être Santé Québec vis-à-vis de ses propres salarié-es extraits de la fonction publique en vertu des articles 1074 et suivants.

Recommandation

32. Que l'article 911 soit modifié pour inclure « les établissements de Santé Québec » à la liste de ce qui constitue un « établissement » au sens de la Loi 37.

⁶³ Au sens de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, RLRQ c. O-7.2 (ci-après « la Loi 10 »).

⁶⁴ C'est, par exemple, le cas à la Société québécoise du cannabis, chez Héma-Québec et à la Société des traversiers du Québec.

Ainsi, les accréditations actuelles pourraient garder sensiblement les mêmes contours malgré les fusions d'établissements qui sont au centre du projet de loi n° 15.

3.3 Inclure les relations du travail dans les structures administratives des établissements de Santé Québec

Comme énoncé ci-dessus, il serait périlleux de cantonner les relations du travail aux hautes sphères de Santé Québec puisqu'elles sont fondamentales à la bonne marche des activités de toute installation du RSSS. Le projet de loi n° 15 doit offrir l'assurance que les relations de travail sont au cœur des opérations de chaque établissement de Santé Québec.

Si l'on veut prétendre à une quelconque efficience dans la gestion de ces activités, les relations du travail doivent minimalement trouver leur place dans l'organisation administrative de chaque établissement qui compose Santé Québec au sens de l'article 131 du projet de loi.

Nous présumons de la capacité du PDG d'un établissement de lier juridiquement Santé Québec quant aux matières relevant de son autorité. Nous soutenons, au surplus, que les personnes responsables de veiller à la bonne marche des activités de l'établissement envisagées à l'article 132 du projet de loi doivent disposer de l'autorité nécessaire pour engager Santé Québec et régler des problèmes de relations du travail au niveau le plus bas possible en vertu des règlements intérieurs des établissements.

Recommandation

- | |
|--|
| <p>33. Que le projet de loi soit modifié pour inclure nommément les relations du travail comme une part intégrante de l'organisation administrative des établissements qui composent Santé Québec dans l'objectif de maximiser la décentralisation et la gestion de proximité.</p> |
|--|

Conclusion

Nous croyons fermement que l'étape préliminaire à un projet de loi de cette envergure a été escamotée. Des consultations par états généraux auraient permis de mettre la lumière sur l'ensemble des défis et des solutions possibles, particulièrement en ajoutant une couche supplémentaire de transparence à ce vaste projet. D'autant qu'il semble que plusieurs pistes largement reconnues sont écartées du projet de loi.

Tous s'entendent pour dire que le Québec doit améliorer l'accessibilité et la qualité de son réseau public de santé et de services sociaux. Pour ce faire, les experts et les acteurs du milieu ont identifié depuis longtemps des solutions efficaces. Nous pouvons penser, entre autres, à la mise en valeur de la prévention et de l'action sur les déterminants sociaux de la santé, au renforcement de la première ligne publique et proche des besoins des communautés, à redonner de l'autonomie et de l'agilité aux équipes de travail ainsi que de permettre au personnel et aux citoyennes et citoyens d'identifier les problèmes et les solutions sur le plan local.

Plutôt que d'écouter les experts, le gouvernement a choisi de continuer l'œuvre des réformes Couillard et Barrette. Depuis des décennies, les gouvernements successifs proposent plus ou moins les mêmes solutions, soit la centralisation de la gouvernance, une culture autoritaire basée sur la reddition de comptes ainsi que la privatisation de l'offre de soins de santé et de services sociaux. Ces avenues ont été un échec et tous admettent qu'en conséquence, la qualité et l'accessibilité au RSSS se dégradent. La pénurie de main-d'œuvre actuelle aggrave la situation. Le personnel du RSSS quitte, faute de conditions d'emploi attractives, mais aussi du sentiment d'appartenance envers des établissements au visage changeant et aux directions toujours plus éloignées des problématiques concrètes. Poursuivre dans le même sens que les précédentes réformes entraînerait des conséquences irréversibles sur le RSSS et ses travailleuses et travailleurs.

Il semble avoir été beaucoup plus facile pour le gouvernement d'identifier les travailleuses et les travailleurs (et leurs représentants) comme boucs émissaires des manquements du RSSS que de remettre en question les multiples réformes qui n'ont jamais donné les résultats escomptés. Le gouvernement a choisi ses colonnes : celle de l'accessibilité et de l'universalité du RSSS ainsi que celle de la représentation démocratique syndicale. Il semble évident qu'une fois la solidité du temple rendue précaire, il sera beaucoup plus aisé de justifier la mise en place d'une nouvelle colonne : celle du lucratif marché des soins et des services privatisés.

Nous espérons que le gouvernement aura la sagesse d'écouter les commentaires des différents intervenants qui témoigneront à la commission parlementaire. Il a été démontré que les réformes appliquées sans consensus donnent rarement les résultats escomptés. En ce sens, des états généraux sur le RSSS s'avèrent être la première étape de toute réforme viable du réseau.

Recommandation

34. De s'engager, sans délai, dans des états généraux sur le réseau de la santé et des services sociaux et de surseoir au projet de loi n° 15 afin de compléter ces états généraux préalablement à toute réforme.

Annexe I

Recommandations

1. Inscrire le droit à la santé dans la Charte québécoise des droits et libertés de la personne.
2. Ajouter, en introduction à la loi, un article détaillant l'objectif premier du réseau de la santé et des services sociaux, soit d'assurer la santé et le bien-être de la population québécoise.
3. Modifier l'article 1 du projet de loi pour introduire le caractère public, universel et gratuit du réseau de santé et de services sociaux.
4. Modifier l'article 19 du projet de loi pour ajouter une fonction au ministre, soit de « veiller au respect des principes d'accessibilité, d'universalité et de gratuité des services de santé et de services sociaux ».
5. Modifier le premier alinéa de l'article 24 du projet de loi pour ajouter une fonction à Santé Québec : « mettre en place des mécanismes d'accès publics, universels et gratuits aux services du domaine de la santé et des services sociaux ».
6. Que l'imputabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux soit inscrite à la loi, eu égard aux fonctions qui lui sont déléguées.
7. Que le PDG de Santé Québec soit nommé par les deux tiers de l'Assemblée nationale.
8. Que le gouvernement prévoie un mécanisme permanent permettant aux élu-es de l'Assemblée nationale, lorsqu'ils le jugent nécessaire, de questionner facilement et de manière publique le PDG de Santé Québec.
9. Que l'article 29 du projet de loi soit modifié pour que Santé Québec ait la responsabilité de collaborer avec les intervenantes et intervenants du RSSS ainsi qu'avec les intervenantes et intervenants liés aux autres ministères afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population québécoise.
10. Que le plan stratégique de Santé Québec prévu à l'article 99 du projet de loi soit déposé à l'Assemblée nationale.
11. Que le CA de Santé Québec inclue une place pour des représentantes et représentants de la société civile ainsi que quatre places pour des représentantes et représentants provenant des différentes catégories d'employé-es du réseau de la santé et des services sociaux.
12. Que le gouvernement mette en place un comité constitué de personnes élues et issues de la société civile pour veiller à la mise en œuvre des pratiques visant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.
13. Que le gouvernement définisse dans la loi la cible de l'efficacité que devra rencontrer Santé Québec et ses établissements.
14. Que l'efficacité soit définie comme visant à répondre à l'objectif de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population et réponde aux principes d'universalité et de gratuité d'un RSSS public.

15. Modifier l'article 2 pour spécifier que l'offre de soins et de services est prioritairement offerte par les établissements publics.
16. Ajouter à l'article 19 la fonction au ministre de « veiller à l'universalité et la gratuité du réseau de la santé et des services sociaux ».
17. Modifier l'article 23 pour introduire la notion de priorisation des services publics.
18. Que le gouvernement prévoie qu'avant tout octroi de contrats à une entreprise privée, Santé Québec doit effectuer une analyse démontrant la nécessité du recours à un service privé plutôt que d'utiliser le RSSS public et que l'analyse de la nécessité du recours à une entreprise privée soit publique.
 - a. Que la nécessité soit démontrée après que Santé Québec ait pris tous les moyens raisonnables pour l'éviter.
 - b. Que Santé Québec maintienne, en tout temps, l'expertise publique permettant de faire la démonstration que le soin ou le service offert par l'entreprise privée est de moindre coût que s'il était dispensé par le réseau public.
19. Que toute entente signée avec un tiers par Santé Québec et par un de ses établissements soit publique, soit publiée intégralement et sans délai.
20. Ajouter à l'article 24 la fonction à Santé Québec de « Développer l'offre de soins et de services publics et universels ». Que Santé Québec ait l'obligation de déposer à l'Assemblée nationale d'ici un an un plan de rapatriement de l'offre de soins et de services au sein des services publics québécois. Ce plan devra comprendre un échéancier et divers indicateurs de réussite dont le nombre et le type de soins et de services offerts par des entreprises privées par établissement ainsi que leur coût.
 - a. Que Santé Québec soit tenu de déposer annuellement un rapport à l'Assemblée nationale faisant état de l'avancement de son plan de rapatriement de l'offre de soins et de services au sein des services publics québécois.
21. Que le gouvernement prévoie le développement de services de soins spécialisés au sein des services publics québécois.
22. S'assurer que les CLSC puissent jouer leur rôle central en première ligne.
23. Que le PDG d'établissement soit nommé par le CA de Santé Québec après recommandation du CE de l'établissement.
24. Que la majorité des membres des CE soient nommés après recommandation des groupes représentatifs des différentes communautés identifiées.
25. Que les CE d'établissement comprennent des représentantes et représentants des travailleuses et des travailleurs de l'établissement désignés par les associations représentatives en lieu et place d'une personne du milieu des affaires.
26. Que le mandat du comité consultatif soit élargi et cible des recommandations sur l'efficacité d'une offre publique de soins et de services de qualité.
27. Que le gouvernement prévoie la mise en place d'un comité paritaire de la planification de la main-d'œuvre du RSSS.

28. Que le programme national sur la qualité des services se déploie dans le respect de l'autonomie et du jugement professionnel.
29. Que le Conseil des sages-femmes soit maintenu, sans être intégré au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.
30. Que les sages-femmes aient droit à l'équité procédurale et à être jugée par leurs pairs en cas de processus disciplinaire.
31. Que l'article 1099 soit modifié de sorte que la fusion soit réputée, pour l'application de la Loi 30, être une intégration d'activités, mais uniquement au sein d'un même établissement de Santé Québec.
32. Que l'article 911 soit modifié pour inclure « les établissements de Santé Québec » à la liste de ce qui constitue un « établissement » au sens de la Loi 37.
33. Que le projet de loi soit modifié pour inclure nommément les relations du travail comme une part intégrante de l'organisation administrative des établissements qui compose Santé Québec dans l'objectif de maximiser la décentralisation et la gestion de proximité.
34. De s'engager, sans délai, dans des états généraux sur le réseau de la santé et des services sociaux et de surseoir au projet de loi n° 15 afin de compléter ces états généraux préalablement à toute réforme.

Annexe II

Liste des matières négociées et agréées à l'échelle locale ou régionale dans le secteur des affaires sociales

- 1° Notions de postes, à l'exclusion du poste réservé, et leurs modalités d'application
- 2° Notion de service et de centre d'activité
- 3° Durée et modalités de la période de probation
- 4° Poste temporairement dépourvu de son titulaire :
 - définition
 - circonstances requises pour le combler
- 5° Notion de déplacement et ses modalités d'application, à l'exclusion de la rémunération
- 6° Règles applicables aux salarié-es lors d'affectations temporaires, à l'exclusion de celles relatives aux salarié-es bénéficiant de la sécurité d'emploi, aux salarié-es en invalidité et aux salarié-es bénéficiant du régime de droits parentaux
- 7° Règles de mutations volontaires à l'intérieur des installations maintenues par l'établissement, à l'exclusion de celles relatives aux salarié-es bénéficiant de la sécurité d'emploi et aux salarié-es en invalidité et de celles relatives à la rémunération
- 8° Procédure de supplantation (modalités d'application des principes généraux négociés et agréés à l'échelle nationale), à l'exclusion de la rémunération
- 9° Aménagement des heures et de la semaine de travail, à l'exclusion de la rémunération
- 10° Modalités relatives à la prise du temps supplémentaire, au rappel au travail et à la disponibilité, et ce, à l'exclusion des taux et de la rémunération
- 11° Congés fériés, congés mobiles et vacances annuelles, à l'exclusion des *quanta* et de la rémunération
- 12° Octroi et conditions applicables lors de congés sans solde, à l'exclusion de ceux prévus au régime de droits parentaux et de celui pour œuvrer au sein d'un établissement nordique
- 13° Développement des ressources humaines, à l'exclusion des montants alloués et du recyclage des salarié-es bénéficiant de la sécurité d'emploi
- 14° Activités à l'extérieur des installations maintenues par un établissement visé par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* avec les usagers visés par cette loi ou à l'extérieur de l'établissement visé par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* avec les bénéficiaires visés par cette loi
- 15° Mandats et modalités de fonctionnement des comités locaux en regard des matières prévues à la présente annexe, à l'exception des libérations syndicales requises aux fins de la négociation de ces matières
- 16° Règles d'éthique entre les parties

- 17° Affichage d’avis
- 18° Ordres professionnels
- 19° Pratique et responsabilité professionnelles
- 20° Conditions particulières lors du transport des usagers visés par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ou des bénéficiaires visés par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris*
- 21° Perte et destruction de biens personnels
- 22° Règles à suivre lorsque l’employeur requiert le port d’uniforme
- 23° Vestiaire et salle d’habillage
- 24° Modalités de paiement des salaires
- 25° Établissement d’une caisse d’économie
- 26° Allocations de déplacement, à l’exception des *quanta*

Annexe III

Liste des abréviations

CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CPE	Centre de la petite enfance
CSF	Conseil des sages-femmes
CSN	Confédération des syndicats nationaux
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
FP-CSN	Fédération des professionnelles
FSSS-CSN	Fédération de la santé et des services sociaux
GMF	Groupes de médecine familiale
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
Loi 30	Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales
Loi 37	Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic
LSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MOI	Main-d'œuvre indépendante
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NGP	Nouvelle gestion publique
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
PMO	Planification de la main-d'œuvre
PPP	Agence des partenariats publics-privés
RI-RTF	Ressources intermédiaires et de type familial
RSGÉ	Responsable de service de garde en milieu familial éducatif
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
TAT	Tribunal administratif du travail
VGQ	Vérificatrice générale du Québec