



**VRAIMENT
PUBLIC**

Orientations de la CSN
en santé et services sociaux

Adopté au conseil confédéral
de mars 2023

Table des matières

La CSN.....	5
Introduction.....	7
Chapitre 1 : L'évolution du système de santé et de services sociaux.....	9
Les différents modèles de systèmes de santé et de services sociaux.....	10
Le système de santé et de services sociaux québécois.....	11
La place et les effets du secteur privé en santé et services sociaux.....	13
Chapitre 2 : Grandes orientations pour améliorer le réseau public de la santé et des services sociaux.....	17
Consolider le caractère public du réseau de la santé et des services sociaux pour assurer un accès à des soins et des services de qualité.....	17
Garantir un financement à la hauteur des besoins	18
Assurer une gestion décentralisée, démocratique et publique du réseau	21
Valoriser le personnel et les professions de la santé et des services sociaux.....	22
Conclusion.....	25

La CSN

La Confédération des syndicats nationaux (CSN) est une organisation syndicale qui regroupe plus de 330 000 travailleuses et travailleurs de tous les secteurs d'activité, réunis sur une base sectorielle ou professionnelle dans huit fédérations, ainsi que sur une base régionale dans treize conseils centraux, principalement sur le territoire du Québec.

Fondée en 1921, la CSN s'intéresse depuis plus de 100 ans aux conditions de travail et de vie des travailleuses et des travailleurs. L'intérêt que porte la CSN aux services publics, dont la santé et les services sociaux, est autant d'ordre sociétal que syndical. En effet, la qualité des soins et des services offerts dans le réseau de la santé et des services sociaux est intrinsèquement liée aux conditions de travail et de pratique du personnel.

Deux des fédérations affiliées à la CSN sont constituées de membres œuvrant dans le secteur de la santé et des services sociaux, soit la Fédération des professionnelles (FP-CSN) et la Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS-CSN). Ces deux fédérations représentent plus de 125 000 membres du réseau de la santé et des services sociaux, répartis parmi les quatre catégories d'emplois. Ces membres travaillent principalement au sein des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), spécialement dans les centres hospitaliers (CH), les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les maisons des aînés (MDA), les centres locaux de services communautaires (CLSC), les centres de réadaptation (CR) et les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ). Aussi, plusieurs membres travaillent dans des établissements non fusionnés du réseau situés en régions éloignées et desservant une population nordique et autochtone.

En plus, de nombreux membres œuvrent dans des organisations partenaires du réseau comme des établissements privés conventionnés (EPC), des ressources intermédiaires et des ressources de type familial (RI-RTF), des organismes communautaires (en matière de santé mentale, d'itinérance, de toxicomanie, de jeunes contrevenants, de violence conjugale, etc.), des organismes d'économie sociale, des services préhospitaliers d'urgence, des centres d'hébergement privés (CHP), des résidences privées pour aîné-es (RPA) et des organismes privés de santé (dans les domaines du transport adapté, de l'achat et de la distribution de fournitures médicales, de la collecte de sang et des dons d'organes).

La CSN milite sans relâche pour la défense des services publics et ces orientations s'inscrivent dans la lignée des travaux effectués au fil des ans.

Introduction

L'un des objectifs de toute société qui se veut égalitaire est de garantir l'accès de sa population à des soins et des services de qualité afin que toutes et tous puissent jouir du meilleur état de santé et de bien-être possible. La santé se définit comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité¹ ». Cette définition holistique exprime bien le fait que l'état de santé d'un individu doit se concevoir bien au-delà de la maladie physique. Sur le plan collectif, la santé de la population représente une ressource inestimable puisqu'elle est une condition *sine qua non* au développement de la société. Il est de ce fait important que le système de santé et de services sociaux soit le plus accessible et humain possible et qu'il offre des soins et des services de qualité et en temps opportun.

À maintes occasions, l'histoire a démontré les conséquences directes des problèmes sanitaires sur le fonctionnement et le développement socio-économique des sociétés. La pandémie de COVID-19 est un exemple patent des effets délétères qu'ont les crises sanitaires sur l'organisation d'une société, sa démographie et son économie. Ces effets sont d'autant plus dommageables lorsque les systèmes de santé, les programmes sociaux et l'action communautaire autonome sont affaiblis ou dysfonctionnels avant même l'éclosion d'un virus. Plusieurs systèmes de santé des pays occidentaux sont aujourd'hui confrontés à des problèmes majeurs et similaires. Au Québec, nombre d'éléments affaiblissent le système : un sous-financement chronique, une pénurie de personnel, une gouvernance hypercentralisée et non démocratique, des conditions de travail et de pratique difficiles, des méthodes de gestion axées sur la performance, une déshumanisation des soins, des difficultés d'accès aux soins, une offre de services inégale d'une région à l'autre, des bris dans le continuum de services, des patientes et patients orphelins (sans médecin de famille), une privatisation des soins et des services, un manque de préparation en cas de pandémie, des infrastructures et des équipements vétustes. Ces problématiques sont bien souvent exacerbées dans les régions éloignées. Pour la plupart, ces problèmes résultent des choix et des décisions politiques prises au fil des ans par les différents partis politiques. La crise sanitaire de COVID-19 a non seulement exposé au grand jour les lacunes de notre système de santé, mais elle les a aussi aggravées.

Pourtant, ces lacunes sont connues et largement documentées² et les solutions pour les régler le sont tout autant :

- consolider le caractère public du réseau;
- garantir un financement à la hauteur des besoins;
- assurer une gestion décentralisée, démocratique et publique du réseau;
- valoriser le personnel et les professions de la santé et des services sociaux.

¹ Organisation mondiale de la santé <https://www.who.int/fr>.

² Plusieurs organismes indépendants en font état, dont le Commissaire à la santé et au bien-être, le Protecteur du citoyen et le Vérificateur général du Québec.

La mise en place de ces mesures permettrait d'améliorer le réseau de la santé et des services sociaux. Si certaines d'entre elles nécessitent un investissement financier de la part du gouvernement, d'autres ne demandent que courage et volonté politiques.

Les orientations soumises se veulent une contribution de la CSN pour freiner l'effritement du réseau de la santé et des services sociaux, tout en l'améliorant sur la base de son caractère public. Le chapitre 1 porte sur l'évolution du système de santé et de services sociaux québécois. Le chapitre 2 permet d'établir la vision qu'a la CSN d'un réseau de la santé et des services sociaux dont la pierre angulaire est son caractère public : un réseau offrant des soins et des services sociaux accessibles, universels, de qualité et fournis en temps opportun pour toutes et tous.

Chapitre 1 : L'évolution du système de santé et de services sociaux

Au sein du système fédéraliste canadien, le partage des compétences fédérales et provinciales est prévu dans la *Loi constitutionnelle de 1867*³. Toutefois, cette loi ne mentionne pas expressément la « santé » comme étant de compétence fédérale ou provinciale. C'est la Cour suprême du Canada qui, en 1982, a qualifié la santé de « sujet indéterminé » pouvant relever des lois fédérales ou provinciales, « selon la nature ou la portée du problème de santé en cause⁴ ». En 2015, la Cour suprême a réitéré sa position en indiquant que la santé constitue « un domaine de compétence concurrente⁵ » entre les gouvernements fédéral et provincial et que tous deux peuvent légiférer en fonction du caractère et de l'objet du texte de loi.

Dans les faits, les provinces ont un pouvoir très vaste en matière de santé et de services sociaux, alors que celui du gouvernement fédéral se limite principalement à son pouvoir de dépenser. En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*,⁶ les provinces et les territoires sont soumis à des conditions pour recevoir le financement du fédéral par l'entremise du *Transfert canadien en matière de santé* (TCS). Pour ce faire, les provinces et les territoires doivent respecter cinq principes directeurs : universalité, intégralité, accessibilité, transférabilité et gestion publique des soins et des services de santé. Deux conditions se rattachent à ces principes, soit l'interdiction de surfacturation et l'interdiction de paiement direct pour les services couverts par la loi fédérale. Cela ne s'applique cependant qu'aux services médicaux et hospitaliers. Les services sociaux sont exclus de la *Loi canadienne sur la santé*. Le gouvernement fédéral ne se reconnaît donc aucune responsabilité à leur égard. La CSN revendique que les services sociaux et ce qui est « socialement requis⁷ » soient inclus dans la loi fédérale au même titre que ce qui est « médicalement requis » afin que des services comme le soutien à domicile, l'hébergement et les soins de longue durée et l'aide psychosociale puissent bénéficier des garanties que confère la *Loi canadienne sur la santé*. Cela permettrait de tendre vers une plus grande équité et une justice sociale pour toutes et tous.

Les orientations proposées s'intéressent principalement au système de santé et des services sociaux québécois. Voyons d'abord les différents modèles de systèmes existants pour ensuite nous attarder au modèle québécois.

³ *Loi constitutionnelle de 1867*, 30 & 31 Victoria, ch. 3 (R.-U.), art. 91 à 95.

⁴ [Schneider c. La Reine](#), [1982] 2 R.C.S. 112, p.142.

⁵ [Carter c. Canada \(Procureur général\)](#), [2015] 1 R.C.S. 331, par. 53.

⁶ *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C. (1985), ch. C-6.

⁷ En référence à ce qui est prévu dans la loi comme étant « médicalement requis ».

Les différents modèles de systèmes de santé et de services sociaux

De manière générale, un système de santé regroupe l'ensemble des équipements et des interventions qui ont pour objectif de promouvoir, restaurer ou maintenir la santé de la population. Cela inclut toutes les interventions visant la prévention, le diagnostic et le traitement des symptômes, des maladies et des accidents ainsi que la réadaptation des personnes malades ou accidentées⁸. À cela s'ajoutent les déterminants sociaux de la santé comme l'éducation, le logement, les conditions de travail, l'environnement, le revenu et l'alimentation. Ces derniers ne relèvent pas du système de santé, mais jouent un rôle primordial dans l'état de santé et de bien-être de la population.

L'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) distingue trois principaux modèles parmi les systèmes de santé mis en place au sein de ses pays membres⁹ : Le **service de santé national**, aussi appelé « modèle beveridgien » se caractérise par :

- une couverture universelle pour tous;
- un financement par les impôts;
- une propriété et/ou un contrôle public de la prestation des soins de santé.

Au Québec et au Canada, le système de santé est de type beveridgien, tout comme ceux du Royaume-Uni, de la Nouvelle-Zélande et de la Suède.

Le **modèle d'assurance sociale**, aussi appelé « modèle bismarckien », se caractérise par :

- une couverture obligatoire et universelle dans le cadre d'un système de sécurité sociale;
- un financement par les contributions de l'employeur et de l'employé-e par le biais de fonds d'assurance sans but lucratif;
- une prestation de soins de santé à propriété publique ou privée.

L'Allemagne, la Suisse, la France, le Japon et les Pays-Bas ont des systèmes de santé qui s'apparentent au modèle bismarckien.

Le **modèle d'assurance privée**, dans lequel la participation publique est minimale, se caractérise par :

- une couverture grâce à une assurance privée achetée par des individus ou des groupes;
- un financement au moyen de contributions de l'individu ou de l'employeur;
- des services de santé dispensés en majorité par des entreprises privées.

Le système de santé des États-Unis est basé sur le modèle d'assurance privée.

⁸ Denis A. ROY, Éric LITVAK et Fred PACCAUD, 2010, *Des réseaux responsables de leur population : moderniser la gestion et la gouvernance en santé*, Éditions du Point, p. 23.

⁹ Viola BURAU et Robert H. BLANKS (2006), *Comparing health policy: An assessment of typologies of health systems*, Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice, pp. 63-76.

Ce classement des systèmes de santé présente des modèles qui se situent sur un continuum où à l'une des extrémités se trouve la primauté de la justice sociale (modèle beveridgien) et à l'autre, la liberté et la responsabilité individuelles (modèle d'assurance privée). Dans les faits, ces différents modèles coexistent à des degrés divers au sein des systèmes de santé. Plus le système tend vers le modèle d'assurance privée, plus l'État se déresponsabilise de la santé de sa population et plus cette responsabilité repose sur les individus eux-mêmes. Il en résulte un accès inéquitable aux soins et aux services, puisque cet accès est tributaire de la couverture d'assurance des individus et, plus largement, de leur capacité de payer (ou de s'endetter) pour se faire soigner.

Le système de santé et de services sociaux québécois

Le système de santé et de services sociaux québécois étant de type beveridgien, il est donc financé par l'impôt. Différents régimes d'assurance ont été mis en place afin d'offrir une couverture universelle des risques liés à la santé. Le régime d'assurance hospitalisation instauré en 1961 et le régime d'assurance maladie fondé en 1970 permettent à l'ensemble de la population de recevoir des services hospitaliers et médicaux à la charge de l'État. Mis en place en 1997, le régime d'assurance médicaments a pour objectif d'assurer à l'ensemble de la population un accès raisonnable et équitable aux médicaments requis par leur état de santé. Il s'agit toutefois d'un régime mixte qui permet la coexistence d'un régime public et de régimes privés collectifs. Même s'il s'agit d'une avancée en termes d'accessibilité, la CSN préconise l'établissement d'un régime d'assurance médicaments public et universel.

Instauré par la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* (LSSSS), le régime de santé et de services sociaux québécois a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes.¹⁰ Il vise notamment à réduire la mortalité, la morbidité, les incapacités physiques et les handicaps, à agir sur les déterminants sociaux de la santé, à favoriser le recouvrement de la santé et du bien-être des personnes, à favoriser la protection de la santé publique et à atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et dans les différentes régions.

Il faut dire que depuis l'époque de la Révolution tranquille, les besoins de la population en matière de santé et de services sociaux ont grandement évolué. À l'origine, il fallait principalement répondre à des problèmes aigus de santé, c'est-à-dire des maladies qui apparaissent subitement et qui évoluent sur une courte durée (inflammations, infections ou blessures physiques). Le vieillissement de la population a entraîné la montée de maladies chroniques (diabète, arthrite, hypertension, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, cardiopathies, cancers, etc.) qui, en règle générale, évoluent lentement et nécessitent un suivi médical à long terme. Plusieurs changements sociaux sont également venus modifier les besoins en matière de services sociaux. Conséquemment, un virage de la santé vers les services sociaux est nécessaire afin de répondre adéquatement aux besoins actuels et futurs de la population, notamment pour les services de soutien à domicile, de réadaptation, de protection de la jeunesse, de santé mentale, d'hébergement et de soins de fin de vie.

¹⁰ RLRQ, c. S-4.2, art. 1.

Le tableau suivant présente la structure hypercentralisée du réseau, tant en ce qui a trait aux établissements que de la prise de décision. Les réformes des années 2000, particulièrement la réforme Barrette de 2015 et le projet de loi 10¹¹, pierre angulaire de cette réforme, ont grandement contribué à cette centralisation, ce qui a fait passer le nombre d'établissements du réseau de 182 à seulement 34 en instaurant les CISSS et les CIUSSS. Au sein de ces 34 centres intégrés se regroupent différentes missions : centre local de services communautaires, centre hospitalier, centre d'hébergement et de soins de longue durée, centre de protection de l'enfance et de la jeunesse et centre de réadaptation. S'ajoutent à cela les établissements non fusionnés¹² ainsi que les établissements desservant une population nordique et autochtone¹³.



Cette hypercentralisation du réseau ne s'est pas opérée sans conséquences négatives, principalement en éloignant l'offre de services des besoins populationnels. Au lendemain de l'adoption de la Loi 10, le Protecteur du citoyen constatait 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 clientèles au sein des CISSS et des CIUSSS mène souvent à un nivellement par le bas de

¹¹ 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.

¹² Centre hospitalier universitaire de Québec-Université Laval, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec-Université Laval, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Centre universitaire de santé McGill, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Institut de cardiologie de Montréal, Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.

¹³ CLSC Naskapi Côte-Nord, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Centre de santé Inuulitsivik (Baie d'Hudson), Centre de santé Tulattavik de l'Ungava (Baie d'Ungava) et Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James.

l'offre de services¹⁴ ». Dans sa défense du réseau public, la CSN prône la décentralisation du réseau ainsi que sa démocratisation. Nous y reviendrons au chapitre 2.

La place et les effets du secteur privé en santé et services sociaux

Expliquée simplement, la privatisation de la santé et des services sociaux engendre le transfert de la responsabilité du secteur public vers le secteur privé pour le financement, la prestation, l'administration ou la gestion des soins et des services offerts à la population.

Le financement privé des soins et des services signifie quant à lui que l'utilisateur doit contribuer financièrement pour obtenir les soins et services requis par son état de santé. C'est exactement ce que le Québec a voulu contrer dans les années 1960 et 1970 en optant pour un système de santé de type beveridgien et une couverture universelle, permettant ainsi à l'ensemble de la population d'avoir accès à des soins, sans égard à la capacité de payer des individus, et sans dépendre de la charité humaine ou chrétienne.

Néanmoins, depuis sa mise sur pied, le réseau québécois n'a cessé d'être transformé, réaménagé, réformé par le biais de nombreux rapports et commissions. Toutes ces réformes semblaient viser sensiblement les mêmes grands objectifs : accroître l'efficacité et l'efficacités du réseau, améliorer la qualité et la sécurité des soins et en favoriser l'accès. Pourtant, un constat s'impose; le réseau est dans un état lamentable, le personnel est en nombre insuffisant et à bout de souffle, de nombreuses infrastructures sont vétustes et l'offre publique de soins et de services est insuffisante et inéquitable d'une région à l'autre, occasionnant des délais d'attente interminables et des bris dans le continuum de services. Devant ces failles béantes du réseau, le recours au secteur privé est souvent présenté par les gouvernements et les groupes d'intérêt comme une solution facile. À l'heure actuelle, environ 20 % des soins de santé sont donnés par le secteur privé.

La dernière réforme en lice, le « Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé¹⁵ », mieux connu sous le nom de « Plan santé », n'y fait pas exception. Largement inspiré des rapports de commissions déposés au fil du temps et des gouvernements, dont le Rapport Clair¹⁶, le Plan santé présente une cinquantaine de mesures regroupées sous des thèmes communs comme le personnel, la technologie de l'information, la modernité, l'accessibilité, les aîné-es et les personnes vulnérables, la santé mentale et l'efficacité. À l'annonce du Plan santé, la CSN a déploré qu'il ait été conçu sans consultation des acteurs terrain, dont le personnel et les syndicats qui les représentent. Ces personnes œuvrent quotidiennement au sein du réseau et elles le portent à bout de bras. Elles doivent être entendues sur l'identification des problèmes du réseau et les solutions à privilégier. De même, bien que certains objectifs du Plan semblent constructifs, les moyens retenus pour y

¹⁴ Protecteur du citoyen, *Rapport annuel d'activités 2016-2017*, p. 88.

¹⁵ MSSS, *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé*, 2022, <https://www.quebec.ca/gouvernement/politiques-orientations/plan-changements-sante>.

¹⁶ MSSS, *Les solutions émergentes – Rapport et recommandations, 2000*, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2000/00-109.pdf>

parvenir sont très préoccupants, notamment la volonté affirmée d'accorder un rôle accru au secteur privé et à sa logique marchande, dans le réseau public.

Dans les faits, le secteur privé est déjà extrêmement présent dans le réseau. En permettant, voire en encourageant la présence du secteur privé à but lucratif dans le secteur de la santé et des services sociaux, l'État se déresponsabilise de ses engagements et met à mal les principes d'universalité, de solidarité et d'accès équitable pour toutes et tous à des soins de qualité.

La place du secteur privé prend différentes formes au Québec, à commencer par les médecins qui bénéficient d'un statut de travailleuses et travailleurs autonomes et des avantages fiscaux s'y rattachant même s'ils travaillent à l'hôpital en collaboration avec le personnel professionnel, technique et administratif du réseau et qu'ils en utilisent les infrastructures et les équipements. Par ailleurs, les médecins omnipraticiens et spécialistes ont le droit de ne pas participer au régime d'assurance maladie du Québec. Les médecins non participants exercent alors en dehors du régime public, ils fixent leurs propres tarifs et honoraires et facturent leurs services à leurs patients. Les patients paient alors de leur poche pour les soins reçus et ne pourront se faire rembourser ces frais par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Même si la proportion de médecins non participants au régime public demeure faible, leur nombre semble en constante augmentation depuis les dernières années¹⁷.

Les groupes de médecine familiale (GMF) sont des entités privées financées par les fonds publics, mais gérées par les médecins propriétaires de ces groupes. Le développement des GMF a largement contribué à fragiliser les CLSC et leur mission, puisque de nombreuses et précieuses ressources humaines ont été transférées des CLSC vers les GMF. Les CLSC se sont ainsi vus dépouillés de travailleuses et de travailleurs sociaux, de psychologues, de nutritionnistes, d'orthophonistes, de kinésiologues, etc. Or, les GMF, principalement axés sur la médecine familiale, n'ont pas la même mission sociale que les CLSC, spécialement en matière de prévention, de prise en charge des problèmes psychosociaux, de réinsertion sociale, de soutien à domicile ou d'habitation. Par ailleurs, les CLSC sont déjà implantés sur l'ensemble du territoire québécois et sont conçus pour desservir toute la population locale, alors qu'à quelques exceptions près, une personne doit être inscrite auprès d'un des médecins du GMF pour y recevoir des soins.

Faute d'investissement adéquat, les infrastructures sont délabrées, qu'il s'agisse de centres jeunesse, de CHSLD, d'hôpitaux ou autres. Elles n'ont pas été entretenues adéquatement et se trouvent en « mauvais », voire « très mauvais état¹⁸ ». Cela a des conséquences directes sur l'accès et la qualité des soins et des services à la population. Ce sous-financement des infrastructures du réseau a mené au développement de partenariats public-privés (PPP) comme celui du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et celui des nouveaux blocs opératoires de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, pour ne nommer que ceux-là. Ces

¹⁷ <https://www.lesoleil.com/2020/03/09/de-plus-en-plus-de-medecins-quittent-le-regime-public-f7b69aa290d580e3ded7348a7b9e0e33>.

¹⁸ Gouvernement du Québec, *Plan québécois des infrastructures 2022-2032*.
https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/budget_depenses/22-23/6-Plan_quebecois_infrastructures.pdf

PPP sont très coûteux pour l'État et grugent les ressources collectives tout en contribuant à la fragilisation du réseau public alors qu'une certaine dépendance se développe face au secteur privé. Au moment d'écrire ce texte, le gouvernement a annoncé la construction prochaine de « mini hôpitaux privés » au coût de 35 M\$ chacun. Loin d'améliorer l'accès aux soins pour toutes et tous, ce type d'initiative porte directement atteinte au caractère public du réseau de la santé et des services sociaux en plus de déplacer les ressources humaines et matérielles du public vers le privé. Même si cela n'implique pas toujours que l'utilisateur sorte de l'argent de sa poche, cela s'avère plus onéreux pour l'État québécois, principalement parce que les entités privées dégagent immanquablement une marge de profit. Pis encore, cela permettra à des entrepreneurs de s'enrichir sur le dos de personnes malades, ce qui est inacceptable. D'ailleurs, comment expliquer que le secteur privé puisse construire plus rapidement que le secteur public?

Toujours en matière d'infrastructures, le gouvernement avait promis des maisons des aîné-es et des maisons alternatives pour pallier le manque de places en hébergement public pour personnes en perte d'autonomie. Or, il s'avère que le coût de construction de ces maisons est très élevé et dans les faits, bien peu de personnes pourront en bénéficier. Les ressources de type familial (RTF) demeurent une alternative intéressante, puisqu'il s'agit de milieux de vie substitués adaptés aux besoins des personnes hébergées. Ce type d'hébergement est ancré au sein de la communauté et permet une approche plus individualisée, voire familiale, accueillant un maximum de neuf personnes, tout en évitant l'isolement social. Il s'agit d'un modèle sans responsabilité pour l'État quant à l'immobilier, puisque les responsables des RTF accueillent les usagers et les usagers dans leur résidence privée et sont propriétaires de leur maison. Cela étant, la classification des usagers doit être un élément clinique permettant d'évaluer adéquatement le niveau de services rendus. Le gouvernement doit s'assurer que les établissements cessent de se servir de cela comme d'un outil financier pour diminuer les sommes dévolues aux RTF; il en va de la pérennité même des RTF.

Le secteur privé est également largement présent au Québec dans les services d'habitation pour aîné-es, d'hébergement et de soins de longue durée, de dentisterie, de radiologie, d'optométrie, de pharmacie, de physiothérapie, d'orthophonie, d'ergothérapie, de psychologie et d'analyse médicale en laboratoire. Les personnes nécessitant ces services peuvent se faire rembourser une partie des frais encourus par leur assurance privée, si elles ont l'opportunité et les moyens de bénéficier d'une telle assurance, ce qui contribue à un accès inéquitable aux services.

Il existe par ailleurs des cliniques privées dont les spécialités sont la chirurgie générale, la chirurgie vasculaire, la gastroentérologie, la gynécologie et l'ophtalmologie. Dans ces cliniques, des patients des hôpitaux se font opérer aux frais de l'État. D'ailleurs, au moment de rédiger ces orientations, 14 % du total de l'activité chirurgicale au Québec se fait au privé et le gouvernement entend aller plus loin en établissant davantage de partenariats avec les cliniques privées¹⁹. Si, *a priori*, on peut se réjouir que des personnes nécessitant une chirurgie puissent être opérées, *a posteriori*, la question du bénéfice collectif doit se poser.

¹⁹ Plan santé, p. 53.

D'une part, ces cliniques n'effectuent que des chirurgies mineures d'un jour, à la suite desquelles les patients sont retournés à la maison. En cas de complications, la patiente ou le patient devra se tourner vers l'hôpital pour y être soigné. De plus, les cas les plus complexes sont laissés dans les hôpitaux du réseau public; il n'y a donc pas de réel désengorgement. Si le recours aux cliniques privées a permis un certain rattrapage des chirurgies mineures pour combler le retard accumulé durant la pandémie, il n'en demeure pas moins que le gouvernement doit trouver une solution pérenne au sein même du réseau public.

Parallèlement au secteur privé, le secteur de l'économie sociale existe et l'objectif de ce secteur n'est pas la recherche de profit. Les entreprises d'économie sociale d'aide à domicile (EÉSAD) et les organismes communautaires relèvent de ce secteur. Le réseau public s'appuie sur ces organismes pour compléter son offre de services. Or, le sous-financement de ces organismes place les employé-es et les usagères et usagers dans une situation de grande précarité. Cela nuit aux conditions de travail et entraîne conséquemment un haut taux de roulement du personnel. Cela engendre alors des bris de services et des services de qualité variable, faute d'encadrement et d'expérience. Il est urgent que le gouvernement soutienne adéquatement ces partenaires du réseau du secteur de l'économie sociale afin qu'ils puissent pleinement jouer leur rôle auprès de la population, principalement en matière de santé mentale, d'itinérance, de toxicomanie, de violence conjugale et d'aide à la vie domestique.

À long terme, le renforcement du réseau de la santé et des services sociaux passe nécessairement par le développement d'une vision de services publics forts plutôt que de se tourner vers le secteur privé comme solution facile à court terme. Le réseau public ne doit pas dépendre du secteur privé ni reposer dessus. Il en va de l'universalité, de l'égalité d'accès et de la qualité des soins et services offerts à la population.

Chapitre 2 : Grandes orientations pour améliorer le réseau public de la santé et des services sociaux

Devant les constats dressés dans le premier chapitre, la question cruciale se pose à savoir comment améliorer durablement le réseau de la santé et des services sociaux afin qu'il réponde adéquatement aux besoins présents et futurs de la population québécoise. Pour la CSN, la réponse est sans équivoque : il faut consolider le caractère public du réseau, le financer à la hauteur des besoins, en assurer une gestion décentralisée, démocratique et publique et valoriser le personnel et les professions de la santé et des services sociaux. Ces grandes orientations que prône la CSN sont détaillées dans les pages suivantes.

Consolider le caractère public du réseau de la santé et des services sociaux pour assurer un accès à des soins et des services de qualité

Inspiré par le courant de la Révolution tranquille, le système de santé et de services sociaux a pour fondement des principes de solidarité, d'équité, d'universalité et d'égalité d'accès. Il joue un rôle primordial dans la redistribution de la richesse et dans la réduction des inégalités sociales tout en contribuant à la santé et au bien-être de l'ensemble de la population. Il est né d'une volonté claire d'assumer collectivement la santé et le bien-être de la population, par le biais des services sociaux, et de collectiviser les risques de maladie. L'une des principales préoccupations de l'époque était d'éviter que des personnes ne puissent se faire soigner, faute de moyens financiers, ou qu'elles doivent s'endetter ou faire faillite pour qu'elles ou un membre de leur famille puissent recevoir les soins exigés par leur état de santé. Le caractère public du réseau et sa couverture universelle contribuent grandement à assurer l'universalité, l'accessibilité et la qualité des soins et des services.

L'accès à des soins et à des services de qualité dans toutes les régions du Québec et en temps opportun est déterminant afin de permettre à la population de conserver et d'améliorer sa santé et son bien-être physique et mental. Cette égalité d'accès passe nécessairement par une offre de soins et de services publics. De manière générale, la qualité des soins offerts dans le réseau n'est pas remise en cause. Néanmoins, les graves problèmes d'accès à ces soins et services sont largement documentés chaque année, particulièrement par le Protecteur du citoyen et le Vérificateur général du Québec²⁰. La qualité implique principalement la pertinence et la sécurité des soins et des services ainsi que l'application des meilleures pratiques reconnues. La qualité englobe également les aspects plus centrés autour du patient, comme l'humanisation des soins et l'importance du contact humain. La qualité peut également s'apprécier à la lumière d'indicateurs et des résultats de santé obtenus à la suite de la dispensation des soins et des services. De plus, la disponibilité d'informations sur les parcours de soins est essentielle à une meilleure intégration des soins et, ultimement, à des soins plus sécuritaires et de meilleure qualité²¹.

²⁰ Voir leurs rapports annuels sur leur site Web respectif : <https://protecteurducitoyen.qc.ca/fr> et <https://www.vgq.qc.ca/>.

²¹ Jean-Frederic LÉVESQUE et Kim SUTHERLAND, 2017, *What role does performance information play in securing improvement in healthcare? a conceptual framework for levers of change*, BMJ Open, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014825>.

Les obstacles à l'accessibilité à des soins et à des services publics et de qualité sont décuplés dans les communautés autochtones, plus particulièrement dans celles du Grand Nord²². Le gouvernement doit remédier sans délai à cette discrimination qui nuit considérablement à la santé et au bien-être des Autochtones. Les solutions doivent être réfléchies, identifiées et mises en œuvre de concert avec les communautés concernées. Les efforts nécessaires à leurs mises en œuvre doivent être déployés dans les meilleurs délais afin de tendre vers une plus grande équité, une égalité des chances et une justice sociale.

Consolider le caractère public du réseau de la santé et des services sociaux nécessite un courage politique et une volonté forte pour cesser le recours au secteur privé à but lucratif pour pallier les déficiences du réseau. Cela peut se traduire par de multiples décisions et actions, par exemple :

- nationaliser les CHSLD privés et refuser de confier des places d'hébergement à des résidences privées pour aîné-es;
- ne plus recourir aux agences privées de placement de personnel et à la main-d'œuvre indépendante;
- revaloriser le rôle et la mission des CLSC, voire la conversion des GMF en modèle CLSC;
- accroître le soutien financier aux organismes communautaires et à but non lucratif afin qu'ils puissent continuer à être des partenaires de qualité du réseau;
- ne pas procéder à la construction de « mini hôpitaux privés », mais plutôt tout mettre en œuvre pour entretenir, réparer et moderniser les hôpitaux du réseau public;
- financer les différentes missions du réseau à la hauteur des besoins populationnels;
- assurer une gestion décentralisée, démocratique et publique du réseau;
- valoriser le personnel et les professions de la santé et des services sociaux.

Ces trois derniers éléments sont explicités dans les pages suivantes.

Garantir un financement à la hauteur des besoins

L'argent est le nerf de la guerre. Cette expression d'un autre siècle est encore vraie aujourd'hui, notamment en matière de finances publiques. C'est d'ailleurs à travers le financement des différentes missions de l'État que l'on peut déceler les priorités d'un gouvernement. Les investissements gouvernementaux en santé et services sociaux doivent permettre de maintenir et d'améliorer l'accès aux soins et aux services à la population. *A contrario*, un sous-financement limite inévitablement la capacité du réseau à offrir des services et l'accès aux soins et aux services s'en trouve restreint, voire empêché. Les personnes qui ont la capacité de payer ou qui détiennent des assurances privées se tournent alors vers le secteur privé pour recevoir les soins requis par leur état de santé. Le sous-financement récurrent du réseau favorise ainsi la privatisation des soins et des services et met à mal les principes d'accessibilité et d'universalité des soins et des services tout en augmentant les inégalités sociales.

²² Mémoire FSSS-CSN, *Défis et perspectives en matière de services sociaux et de santé offerts aux Premières Nations du nord du Québec*, septembre 2018.

Au Québec, le réseau est sous-financé de manière chronique depuis des décennies, particulièrement les différentes missions des services sociaux. Bien que d'un budget à l'autre, il y ait une certaine augmentation des montants alloués, la plupart du temps, cette augmentation ne permet pas d'assumer la hausse des coûts de système et encore moins de rattraper les compressions budgétaires antérieures. Parallèlement, le secteur privé ne fait que gagner du terrain dans l'offre de services, surtout en matière de chirurgies d'un jour, de services de soutien à domicile ou de services d'hébergement et de soins de longue durée, comme explicités au premier chapitre.

Le financement des services sociaux

Agir positivement sur les déterminants sociaux de la santé (logement, alimentation, revenu décent, environnement, transports, urbanisme, etc.) est la clé de la prévention pour assurer la santé et le bien-être de la population.

Au cours des dernières décennies, plusieurs facteurs ont eu pour conséquence une augmentation de la demande en matière de services sociaux. À titre d'exemple, la désinstitutionnalisation, aussi appelée « virage ambulatoire », a accentué les besoins d'aide psychosociale. Le vieillissement de la population amplifie les besoins de services de soutien à domicile et d'hébergement et de soins de longue durée. Le rythme de vie effréné que nous connaissons, l'accompagnement d'un proche en perte d'autonomie, l'augmentation du coût de la vie, la crise du logement, la détérioration de l'environnement, etc., exercent des stress non négligeables sur les individus qui, pour s'en sortir, peuvent avoir besoin de services de nature psychosociale.

Pourtant, qu'il s'agisse de services de santé mentale, de protection de la jeunesse, de services de soutien à domicile, d'hébergement ou de services d'aide en matière de toxicomanie, de jeu compulsif, d'itinérance, de violence conjugale ou autres, les services sociaux dans leur globalité sont depuis longtemps le parent pauvre du réseau. En effet, l'histoire a démontré à maintes reprises que dans la bataille pour obtenir des ressources en contexte de compressions budgétaires ou dans un réseau hypercentralisé, le curatif, c'est-à-dire l'hôpital, finit toujours par l'emporter sur le social et le préventif. Il en résulte trop souvent des drames individuels, familiaux et sociaux. Le gouvernement se doit d'agir en finançant les services sociaux à la hauteur des besoins et par des budgets protégés, sans négliger la prévention et les actions en matière de déterminants sociaux de la santé.

Consciente que les ressources financières collectives sont limitées et que des missions autres que la santé et les services sociaux doivent également être financées, et étant donné que certains postes budgétaires comme les hôpitaux et la rémunération médicale occupent une très grande part du budget de la santé, la CSN considère qu'il est impératif d'investir différemment dans le réseau. À titre d'exemple, réallouer certaines sommes à la prévention (santé publique) et aux services de soutien à domicile permettrait d'agir en amont sur la santé et le bien-être de la population.

Les modes de financement des hôpitaux

Il existe plusieurs méthodes pour financer les centres hospitaliers, dont le financement historique des hôpitaux et le financement à l'activité (ou financement axé sur le patient).

Au Québec, le financement historique, aussi appelé « budget historique », est actuellement en vigueur. Selon ce mode de financement, le budget de l'année courante d'un hôpital correspond à celui de l'année précédente, auquel on ajoute une augmentation pouvant varier selon différents paramètres comme l'inflation ou l'évolution des salaires négociés dans les ententes collectives. Ce type de financement connaît une certaine remise en question depuis quelques années, tant au Québec que dans plusieurs pays membres de l'OCDE. Son manque de flexibilité et le fait qu'il ne présente aucun incitatif pour améliorer l'accès et la qualité des soins sont parmi les désavantages reprochés. Devant ces constats, il est légitime de chercher un autre mode de financement permettant d'améliorer l'accès aux soins. Le gouvernement caquiste (tout comme le précédent gouvernement libéral) semble avoir opté pour le financement à l'activité, soit le financement axé sur le patient qui consiste à accorder un tarif à chaque épisode de soins réalisé à l'intérieur d'un hôpital. Bien qu'il s'agisse du mode de financement privilégié par le Plan santé²³ et que le gouvernement caquiste prévoit l'implanter pour toutes les interventions chirurgicales au Québec à compter du 1^{er} avril 2023, ce mode est loin de faire l'unanimité. Il peut engendrer des problèmes de surcodage qui consistent à surclasser certains actes dans le but d'augmenter les revenus de l'hôpital. Ce mode de financement néglige également la prévention et ne milite pas en faveur de l'interdisciplinarité, deux éléments essentiels dans la prise en charge globale de la patiente ou du patient. Ainsi, puisqu'il met beaucoup plus l'accent sur le volume que sur la qualité des soins, qu'il n'existe pas de démonstration claire que ce mode de financement des hôpitaux améliore les soins et qu'il mobilise *de facto* le personnel à accomplir des actes sans valeur ajoutée, il est impératif que tous les acteurs concernés puissent participer à une réflexion majeure sur le mode de financement des hôpitaux.

La rémunération médicale

Les médecins québécois sont majoritairement rémunérés à l'acte. Ce mode de rémunération a les mêmes fondements théoriques que le mode de financement à l'activité des hôpitaux. Selon la rémunération à l'acte, le médecin est payé par la RAMQ en fonction du nombre de consultations, d'actes ou de soins fournis. Une cote, parmi les 11 000 existantes, et un tarif sont attribués à chaque acte médical. Cette pratique rend d'autant plus fastidieuse la facturation des médecins, ce qui en amène plusieurs à faire appel à une firme d'optimisation de la facturation. Cela crée également une réelle difficulté de contrôle de la rémunération des médecins par la RAMQ. Par ailleurs, la rémunération des médecins a connu une croissance fulgurante au cours des dernières années, comparativement aux autres travailleuses et travailleurs du système de santé. Ce constat amène plusieurs chercheurs à parler de surrémunération.²⁴ Étant donné que ce poste budgétaire gruge une grande partie du budget dédié à la santé et aux services sociaux, la CSN est d'avis que la rémunération médicale, le mode de rémunération des médecins ainsi que leur statut de travailleuses et travailleurs autonomes sont à revoir dans l'optique de favoriser le travail interdisciplinaire et de mieux répondre aux besoins populationnels.

²³ Gouvernement du Québec, *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé*, 2022, pp. 71-74, https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/gouvernement/MCE/memoires/Plan_Sante.pdf?1649257312.

²⁴ Anne PLOURDE et Philippe HURTEAU, *Réduire la rémunération des médecins pour refinancer le réseau de la santé et des services sociaux*, IRIS, 29 septembre 2021, https://iris-recherche.qc.ca/publications/reduire-remuneration-medecins-pour-refinancer-reseau-sante-services-sociaux/#_ftn1

Le financement fédéral en matière de santé

Selon la *Loi canadienne sur la santé*, le gouvernement fédéral doit financer une partie des dépenses en santé des provinces et des territoires, à condition qu'ils respectent les principes directeurs et les critères de la loi. Ce financement s'effectue par le biais du Transfert canadien en matière de santé (TCS) et ne peut servir qu'à financer les services médicaux et hospitaliers. Il faut dire que le désengagement du gouvernement fédéral en matière de financement dans le système de santé se constate depuis plusieurs années. Le pourcentage du transfert canadien actuellement accordé représente à peine le quart des dépenses publiques en santé, soit 22 %. Cela est moins élevé que par le passé, alors que les provinces et les territoires sont confrontés à une crise sanitaire sans précédent et au vieillissement de leur population. La demande des provinces et des territoires est que le gouvernement fédéral augmente le TCS à l'équivalent de 35 % des dépenses, tout en respectant pleinement la compétence des provinces en la matière. Une telle hausse du transfert canadien permettrait de mieux répondre aux besoins populationnels.

En bref, les niveaux et les modes de financement des hôpitaux et de rémunération des médecins ainsi que leur statut de travailleuses et travailleurs autonomes doivent être révisés de toute urgence. Cela doit se faire dans une perspective systémique et axée sur les résultats positifs pour la population en termes d'accès et de qualité des soins de santé et des services sociaux. Cela contribuerait à sortir du paradigme du curatif au profit de celui de la prévention. Le contexte pandémique actuel ne fait qu'accroître l'urgence d'agir.

Assurer une gestion décentralisée, démocratique et publique du réseau

Depuis des décennies, les gouvernements ont eu tendance à centraliser les établissements du réseau ainsi que la prise de décisions. Aujourd'hui, la population et le personnel du réseau ont très peu, voire aucune voix au chapitre. Pour y remédier, la CSN préconise une gestion décentralisée et démocratique du réseau en redonnant de l'autonomie aux établissements et aux installations. Elle suggère également une gestion participative qui accorde une voix au personnel et à la population, notamment dans les comités d'administration des établissements qui favorisent la concertation entre les différents acteurs ainsi qu'une gestion publique où le modèle des CLSC est remis en avant-scène en abandonnant le modèle des GMF et des « mini hôpitaux privés » où la gestion est privée.

Si les politiques publiques sont définies par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), leur application, pour donner les résultats escomptés, nécessite la prise en compte des particularités locales et régionales. La maîtrise de cette réalité terrain est essentielle dans la prise de décisions. Le renforcement du rôle des CLSC, initialement conçus pour servir de porte d'entrée des services de première ligne, permettrait ainsi une meilleure adéquation entre les besoins de la population et les services qui lui sont offerts.

Toujours dans un effort de décentralisation du réseau, les pouvoirs et le fonctionnement des conseils d'administration des établissements de santé et de services sociaux devraient être revus et dépolitisés afin de rendre les gestionnaires imputables et redonner du pouvoir aux usagères et aux usagers, au personnel du réseau et à la population en général. Cette

décentralisation du réseau participerait à sa démocratisation. La réforme Barrette a exclu plus que jamais les acteurs locaux de la prise de décisions. Ce faisant, elle a éliminé la démocratie participative, élément pourtant essentiel à la prise en charge locale. L'exclusion des acteurs locaux du pouvoir décisionnel a un effet particulièrement négatif pour les personnes et les groupes vulnérables pour qui l'approche de proximité est fondamentale (jeunes en difficulté, aîné-es en lourde perte d'autonomie, personnes ayant des problèmes de santé mentale ou de dépendance, etc.).

La gestion du réseau de santé et des services sociaux est largement empreinte des principes de la nouvelle gestion publique (NGP). Cette méthode de gestion s'inspire des méthodes de gestion manufacturière ou industrielle en provenance du secteur privé. Elle se distingue par ses objectifs d'efficacité et de productivité qui visent principalement à rendre l'administration publique plus performante. Inspirée par les principes économiques des 3E (économie, efficacité, efficience), la NGP n'est pas sans conséquence sur le personnel et sur l'accès et la qualité des services : isolement, manque de reconnaissance, précarisation des emplois, augmentation de la charge de travail²⁵, quotas à atteindre, lourdeur administrative, standardisation des pratiques et minutage des tâches, calcul de la performance avec des résultats chiffrés sans tenir compte de la qualité ni du volet humain des services, collecte excessive de données, etc. Tout cela nuit à l'autonomie professionnelle et à l'exercice du jugement professionnel.

Ainsi, pour améliorer le réseau, il est nécessaire d'en assurer une gestion décentralisée, démocratique, publique et humaine, orientée vers un meilleur accès de la population à des soins de qualité en temps opportun.

Valoriser le personnel et les professions de la santé et des services sociaux

Valoriser le personnel et les professions de la santé et des services sociaux est primordial pour le bon fonctionnement du réseau. Le personnel supporte un réseau en lambeaux, tout en se dévouant à offrir des soins et des services de qualité. Sans lui, il n'y aurait pas de réseau. Le gouvernement doit offrir des conditions de travail et de pratique intéressantes pour favoriser la rétention du personnel et attirer une relève. Or, l'exposition du personnel aux risques psychosociaux²⁶ constitue une problématique majeure qui plonge le réseau dans un cercle vicieux : dégradation des conditions de travail, augmentation du taux d'absentéisme, pénurie de main-d'œuvre et recours à du personnel indépendant. L'État québécois, en tant qu'employeur du personnel du réseau public, se doit de donner l'exemple et de tout mettre en œuvre afin d'être un employeur de choix. Cela implique entre autres une rémunération qui permette de résister à l'inflation et de contrer l'appauvrissement des travailleuses et des travailleurs, l'élimination de la discrimination salariale en réglant les plaintes non résolues de maintien de l'équité salariale et l'enrayement du racisme systémique auquel sont

²⁵ Mélanie BOURQUE et Josée GRENIER, *Les services sociaux à l'ère managériale*, PUL, 2018, pp. 3-7.

²⁶ Voir : INSPQ, *Risques psychosociaux du travail : des risques à la santé mesurables et modifiables*, avril 2018. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2373_risques_psychosociaux_travail_mesurables_modifiables.pdf

confrontés certains groupes au sein du réseau, que ce soit à titre d'employé-es ou d'usagères et usagers.

Pour contrer la pénurie de main-d'œuvre, il importe de valoriser le personnel et de rendre plus attractives les professions de la santé et des services sociaux, particulièrement en améliorant l'organisation et les conditions de travail ainsi que les conditions de pratique par l'entremise de la négociation des conventions collectives. Il s'agit d'une condition *sine qua non* au renforcement durable du réseau. La difficile conciliation famille-travail-études est l'un des éléments qui rendent le réseau peu attrayant pour le personnel en place et la relève étudiante. Aux horaires de travail répartis sur trois quarts (24 h, 7 jours par semaine) et au temps supplémentaire obligatoire (TSO) s'ajoutent la pénibilité du travail, le manque d'autonomie professionnelle et la perte de sens du travail. Tout cela nuit tant au développement de la vie professionnelle qu'à la possibilité de concilier harmonieusement la famille, le travail et les études.

Les situations de surcharge de travail doivent être éliminées afin de redonner leurs lettres de noblesse aux professions de la santé et des services sociaux et ainsi attirer et retenir le personnel. Le TSO et la garde obligatoire déguisée en TSO doivent être interdits comme mode de gestion courante. Des ratios de personnel/usagers doivent être convenus avec les organisations syndicales afin de pouvoir répondre adéquatement aux besoins et d'assurer un milieu de travail sain. Il est primordial de mener des enquêtes diagnostiques de santé et de bien-être au travail et de développer et soutenir la cogestion avec le personnel en place. Une plus grande autonomie des équipes de travail est également nécessaire, tout comme une organisation du travail qui favorise l'interdisciplinarité, un élargissement et un décloisonnement des champs de compétence, sans toutefois que cela ne se fasse au détriment de la sécurité du public ni ne compromette la qualité des soins et des services.

La planification de la main-d'œuvre est primordiale puisqu'elle permet de broser un portrait précis de son état et des besoins à anticiper à court, moyen et long termes. Une bonne planification et répartition adéquate de la main-d'œuvre doivent reposer sur des données probantes, contemporaines et complètes, et ce, par secteur et pour l'ensemble des titres d'emploi du réseau. Un tel exercice se doit d'être paritaire avec les organisations syndicales.

Ce type d'exercice s'avère également nécessaire pour les partenaires du réseau. Pensons par exemple aux services préhospitaliers d'urgence, aux organismes communautaires et à tout autre organisme offrant des services qui entraînent des répercussions directes sur la santé et ses déterminants sociaux. Bien que les travailleuses et travailleurs de ces organismes ne soient pas des salarié-es du réseau, il n'en demeure pas moins que le réseau s'appuie sur eux pour pallier son incapacité à offrir certains services à la population.

En contexte de pénurie de main-d'œuvre, l'immigration peut faire partie des solutions, entre autres dans les services publics et en particulier au sein du réseau. Encore faut-il que le gouvernement et sa bureaucratie ne fassent pas avorter le processus des personnes sélectionnées. Les obstacles sont souvent nombreux : longs délais de traitement des demandes, reconnaissance des acquis et des compétences (RAC), et accès à l'emploi. La CSN est d'avis que le Québec ne peut négliger l'intégration et l'inclusion des nouveaux arrivants

au sein de la société et du marché du travail. Les répercussions humaines et sociales qu'engendre un échec en la matière ne sont que trop importantes, et ce, autant pour les nouvelles arrivantes et les nouveaux arrivants que pour la société d'accueil. La question des travailleuses et des travailleurs étrangers temporaires interpelle grandement la CSN. Ces programmes de migration temporaire pavent trop souvent la voie à une exploitation des travailleuses et des travailleurs étrangers. Les politiques gouvernementales en matière d'immigration doivent avoir pour principes fondamentaux l'équité, l'égalité, la solidarité, le respect des droits de la personne et du droit international ainsi qu'un souci particulier pour l'inclusion et l'épanouissement des personnes immigrantes dans leur société d'accueil²⁷.

En terminant, il faut rappeler que les agences privées de placement de personnel et la main-d'œuvre indépendante (MOI) sont largement présentes au sein du réseau et cela coûte très cher à l'État québécois. Les quatre catégories d'emploi²⁸ sont touchées à des degrés divers, tant le personnel soignant (infirmiers et infirmières, préposé-es aux bénéficiaires, auxiliaires aux services de santé et sociaux, éducateurs et éducatrices, travailleuses et travailleurs sociaux, etc.) que le personnel non soignant (ouvrières et ouvriers spécialisés, mécaniciennes et mécaniciens, agentes et agents administratifs, techniciennes et techniciens en informatique, préposé-es aux services alimentaires, etc.). En matière d'attraction de la main-d'œuvre, les agences privées sont en compétition directe avec le réseau. Elles offrent des conditions de travail et de pratique souvent plus favorables à une meilleure conciliation travail-famille-études, à une plus grande latitude dans le choix des horaires, des milieux de travail et de la clientèle, à des salaires plus intéressants, etc. Cela engendre un réel exode du personnel du réseau public vers le secteur privé. Or, en plus de nuire à la continuité et à la qualité des soins, cela engendre une perte d'expertise au sein du réseau public, ce qui le fragilise davantage. Le gouvernement affirme vouloir « mieux encadrer le recours aux agences privées²⁹ ». La CSN est d'avis qu'il doit aller plus loin en imposant une date limite au-delà de laquelle il sera impossible de recourir à ces agences et à leur MOI. Cela permettrait de mettre fin aux disparités entre le personnel du réseau et celui des agences privées, tout en contribuant à contrer la pénurie de main-d'œuvre, puisque la MOI pourrait intégrer le personnel du réseau public et contribuer à le reconstruire.

²⁷ Plateforme CSN sur les questions d'immigration, *L'immigration, une richesse à partager*, 2012, https://www.csn.qc.ca/wp-content/uploads/2016/04/2012-10-01_publication_immigrationrichesseapartager_plateforme_csn.pdf; trousse d'information, *Pour un syndicalisme inclusif*, 2021, <https://www.csn.qc.ca/inclusif/>.

²⁸ Catégorie 1 : Personnel en soins infirmiers et cadiorespiratoires. Catégorie 2 : Personnel paratechnique, des services auxiliaires et de métiers. Catégorie 3 : Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration. Catégorie 4 : Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux.

²⁹ MSSS, *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé*, 2022, https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/gouvernement/MCE/memoires/Plan_Sante.pdf.

Conclusion

Essentiellement, les orientations proposées sont l'occasion pour la CSN de rappeler que bien que le réseau de la santé et des services sociaux soit confronté à des défis colossaux, des solutions concrètes existent pour l'améliorer et assurer la pérennité de son caractère public.

Depuis la Révolution tranquille, beaucoup d'énergie et de ressources ont été déployées afin de faire du Québec une société qui tend vers la justice sociale, l'équité et l'égalité des chances. La mise en place du réseau de santé et de services sociaux y a grandement contribué. Au fil des années, les besoins de la population ont toutefois évolué et il importe que le réseau s'adapte à cette évolution. Les services publics doivent pouvoir répondre adéquatement aux besoins de la population québécoise d'aujourd'hui et de demain. Or, le réseau actuel peine à remplir sa mission. L'accès aux soins et aux services est difficile et inégal, alors que les besoins sont criants, particulièrement en matière de santé mentale, de soutien à domicile ou d'hébergement et de soins de longue durée, et ce, malgré le dévouement quotidien et le travail sans relâche de l'ensemble du personnel du réseau et de ses partenaires.

L'allocation des ressources est tributaire des choix politiques, mais dans tous les cas, la solution ne réside ni dans le désengagement de l'État, ni dans la privatisation des soins et des services. Tout en étant plus onéreuse, la privatisation accroît les inégalités sociales et brime l'accessibilité et l'universalité des soins, sans pour autant en augmenter la qualité. Le gouvernement doit garantir un financement à la hauteur des besoins en investissant davantage et mieux dans le réseau public, notamment dans la prévention et dans les services sociaux. La révision du mode de financement des hôpitaux, de la rémunération des médecins et de leur statut de travailleuses et travailleurs autonomes sont autant de solutions pour mieux financer le réseau.

Le réseau ne peut plus être gouverné du haut vers le bas. Les réalités locales et particulières doivent être prises en compte afin d'adapter l'offre aux besoins de la population desservie. Pour ce faire, le personnel, les usagères et les usagers et la population doivent avoir voix au chapitre. Par ailleurs, l'amélioration et la consolidation du réseau passent nécessairement par la reconnaissance, la valorisation et le respect de son personnel. Le gouvernement doit offrir des conditions de travail et de pratique qui facilitent la conciliation travail-famille-études, favoriser le travail interdisciplinaire et assurer le respect de l'autonomie professionnelle et l'exercice du jugement professionnel. Pour y arriver, il doit permettre l'implication des acteurs principaux du réseau que sont les travailleuses et les travailleurs, par l'entremise de leurs syndicats, dans la prise de décision ; l'accès et la qualité des soins et des services en sont tributaires.

De manière plus globale, pour remplir sa mission de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population québécoise, le gouvernement se doit d'agir positivement sur les déterminants sociaux de la santé. Cela sous-entend de promouvoir la justice sociale, l'équité et l'égalité des chances, par des politiques publiques qui influent positivement sur la santé, entre autres en matière d'éducation, d'emploi, de protection sociale, de logement, de santé

publique, d'aménagement des villes, de transport, d'environnement. Une approche globale est essentielle pour assurer le bien-être et la santé de la population.

En définitive, même la plus grande volonté et le plus grand dévouement du personnel du réseau de la santé et des services sociaux ne sauraient combler les lacunes du réseau. Le gouvernement se doit d'assumer ses responsabilités, d'être à l'écoute des acteurs du réseau et de travailler avec eux afin de mettre en œuvre des solutions s'appuyant sur le caractère public du système de santé ainsi que sur ses principes fondamentaux. S'il faut le rappeler, ces principes sont l'universalité, l'intégralité, l'accessibilité, la transférabilité et la gestion publique des soins et des services. Plus que jamais, il est temps de cesser la privatisation du réseau de santé et de services sociaux. La CSN continuera de défendre sans relâche les services publics afin que le réseau de la santé et des services sociaux demeure public, **vraiment public!**