



**Confédération  
des syndicats nationaux**

Mémoire présenté par  
la Confédération des syndicats nationaux (CSN)

à la ministre déléguée  
à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse et à la Santé publique

dans le cadre de la consultation sur la  
Politique gouvernementale de prévention en santé

Novembre 2015

Confédération des syndicats nationaux  
1601, avenue De Lorimier  
Montréal (Québec) H2K 4M5  
Tél. : 514 598-2271  
Télec. : 514 598-2052  
[www.csn.qc.ca](http://www.csn.qc.ca)

## Table des matières

Avant-propos .....	5
Général .....	5
Revenu .....	5
Emploi .....	6
Sécurité alimentaire .....	6
Logement .....	6
<b>Orientation 1</b>	
<b>Le développement des capacités des personnes, dès leur plus jeune âge .....</b>	<b>6</b>
Les services de garde éducatifs à la petite enfance .....	6
Éducation .....	8
Lutte au décrochage scolaire .....	8
Santé .....	8
Services de santé de première ligne et services sociaux .....	8
Le soutien des proches aidants .....	9
<b>Orientation 3</b>	
<b>L'amélioration des conditions de vie favorables à la santé .....</b>	<b>11</b>
Le renforcement de la promotion de la santé en milieu de travail .....	11
Le soutien à l'implantation de mesures favorisant la conciliation travail-vie personnelle .....	13
L'amélioration des conditions de vie dans les communautés autochtones .....	14



## **Avant-propos**

La Confédération des syndicats nationaux (CSN) est une organisation syndicale composée de près de 2 000 syndicats. Elle regroupe plus de 325 000 travailleuses et travailleurs 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. La CSN œuvre pour une société solidaire, démocratique, juste, équitable et durable et, à ce titre, elle s'engage dans plusieurs débats qui animent la société québécoise.

Nous regrettons de ne pas avoir été invités à participer aux travaux visant à doter le Québec d'une Politique gouvernementale de prévention en santé. La CSN a toujours été très préoccupée par ce qui se passe dans le secteur de la santé et des services sociaux. À juste titre, puisqu'un nombre important de nos membres, affiliés à la Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS) et à la Fédération des professionnelles (FP), interviennent sur une base régulière dans l'offre de soins et de services à la population. De plus, le système public de santé et de services sociaux joue un rôle de premier plan en matière de redistribution de la richesse et de réduction des inégalités sociales et contribue dans une large mesure au bien-être de la société québécoise.

Cela dit, nous apprécions que l'occasion nous soit donnée de présenter le présent mémoire. Vu le peu de temps qui nous a été imparti nous nous limiterons à certains aspects de la Politique.

## **Général**

Selon l'Organisation mondiale de la santé, les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces circonstances reflètent des choix politiques et dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources.

Parmi les éléments qui déterminent la santé et qui sont des conditions préalables à l'instauration de la santé, il y a notamment l'éducation et les services de garde, le revenu, l'emploi, la sécurité alimentaire, le logement, la prévention et le statut d'autochtone.

### *Revenu*

Le revenu est l'un des principaux déterminants sociaux de la santé. Le niveau de revenu détermine de manière générale les conditions de vie, influe sur les habitudes de vie telles que la qualité de l'alimentation, le degré d'exercice physique, le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, etc. Un faible revenu prédispose les familles à ne pas pouvoir s'offrir les conditions de base pour la santé, soit la sécurité alimentaire, un logement adéquat, etc. Une telle défavorisation contribue à l'exclusion sociale, faute de moyens financiers pour participer à des activités culturelles, éducationnelles et récréatives<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> J. Mikkonen, D. Raphael. *Déterminants sociaux de la santé*. LES RÉALITÉS CANADIENNES. École de gestion et de politique de la santé de l'Université York. 2011.

Ainsi, une augmentation du salaire minimum ainsi que l'élargissement de l'aide pour les personnes incapables de travailler offrirait des avantages en matière de santé pour les plus démunis. On peut également penser qu'une augmentation du taux de syndicalisation au Québec et au Canada permettrait de réduire les inégalités de revenu et de richesse.

### *Emploi*

L'emploi, lorsqu'il offre des conditions de travail sécuritaires et un salaire décent, permet non seulement d'influencer positivement les autres déterminants sociaux de la santé (sécurité alimentaire, logement, éducation, etc.), mais donne également à la personne un sentiment de fierté et de valorisation. Le chômage et la précarité d'emploi, au contraire, engendrent bien souvent un stress psychologique important pouvant mener à l'anxiété, à la dépression et parfois au suicide, en plus de causer une insécurité financière, ce qui influe négativement sur plusieurs autres déterminants sociaux de la santé.

### *Sécurité alimentaire*

La nourriture fait partie des besoins vitaux de l'être humain. Par conséquent, l'insécurité alimentaire menace directement la santé de la personne dans la mesure où celle-ci n'arrive pas à se procurer des aliments de qualité et en quantité suffisante. D'ailleurs, il est reconnu que la malnutrition durant l'enfance a des conséquences à long terme sur le développement physiologique et psychologique.

### *Logement*

Le logement est un important déterminant social de la santé. En effet, un logement malsain, insalubre ou trop onéreux, aura une incidence sur la santé des personnes qui l'occupent. Pis encore, l'itinérance augmente de manière importante le risque de problèmes de santé.

Ainsi, à la lumière de ce qui précède, il nous apparaît clair que le gouvernement, par le biais de politiques publiques, se doit d'améliorer les déterminants sociaux de la santé. Il s'agit d'un investissement plutôt que d'une dépense, puisque c'est toute la société qui en bénéficiera et qu'à terme il en coûterait plus cher de ne pas agir.

## **Orientation 1**

### **Le développement des capacités des personnes, dès leur plus jeune âge**

#### **Les services de garde éducatifs à la petite enfance**

Plusieurs recherches ont démontré que la fréquentation d'un service éducatif de qualité favorise le développement de l'enfant et sa réussite éducative<sup>2</sup>. Il importe donc que le gouvernement et les partenaires œuvrant auprès des enfants déploient des efforts et élaborent les mesures et les normes nécessaires pour assurer la qualité de l'ensemble des services offerts. Ce qui implique que le gouvernement doit également y allouer les ressources financières nécessaires. Une attention particulière doit être portée à la qualité des services

---

<sup>2</sup> L'étude de Stéphanie Duval et de Caroline Bouchard, *Soutenir la préparation à l'école et à la vie des enfants issus de milieux défavorisés et des enfants en difficulté*, offre une très bonne revue de la littérature sur le sujet.

en milieu défavorisé. En effet, plusieurs études ont démontré qu'il existe une relation significative entre la qualité des services offerts et la proportion d'enfants de familles défavorisées ainsi qu'une relation entre la qualité des services offerts et le portrait démographique des familles. Ainsi, on a pu observer que les services de garde éducatifs en milieu défavorisé et en milieu multiculturel sont de moindre qualité que ceux offerts dans les milieux socioéconomiques plus favorisés<sup>3</sup>. Les CPE font toutefois exception puisque leurs critères de qualité ne varient pas en fonction du milieu environnant<sup>4</sup>.

Par ailleurs, des chercheurs de la Direction de santé publique de Montréal et de l'UQAM ont récemment mis en évidence l'existence de liens significatifs entre le parcours préscolaire de l'enfant et sa vulnérabilité dans un ou plusieurs domaines de son développement<sup>5</sup>. Les résultats de leur enquête indiquent que la fréquentation d'un service éducatif bénéficie plus aux enfants de familles à faible revenu qu'aux autres et que la fréquentation d'un CPE par rapport à d'autres types de services éducatifs permet de réduire davantage les risques de vulnérabilité<sup>6</sup>. L'enquête a également permis de constater que les enfants de milieu défavorisé, en plus d'avoir moins recours aux services éducatifs, commencent à les fréquenter plus tardivement et s'y rendent moins d'heures par semaine que les autres enfants. Cette situation est préoccupante!

Les résultats de cette étude appuient ainsi une des orientations du directeur de santé publique de Montréal qui, dans son rapport sur les inégalités sociales à Montréal, recommandait d'« accroître l'accessibilité géographique et le nombre de places en CPE en installation dans les quartiers démunis et [d'augmenter leur accessibilité économique pour les familles à faible revenu<sup>7</sup>. » Or, au cours des derniers mois, le gouvernement a plutôt retardé l'échéancier de la création de nouvelles places en CPE et a augmenté le tarif. Les hausses prévues de la contribution exigée des parents au cours des prochaines années ainsi que la suggestion de transformer des places en garderies non subventionnées en places à contribution réduite sans égard aux besoins des populations et des travaux des comités consultatifs ne permettront certainement pas de contrer les inégalités.

Le gouvernement prétend protéger les familles à faible revenu, car le tarif est maintenu à 7,30 \$ pour l'année 2015. Or, ce tarif représente un obstacle important à l'accès des services de garde pour plusieurs familles à faible revenu. Ces familles devraient plutôt pouvoir bénéficier de l'exemption de la contribution réduite. Les hausses du tarif à la suite de la mise en place de la modulation auront également des incidences sur les familles de la classe moyenne. Le gouvernement estime que 70 % des familles subiront une augmentation. La

---

<sup>3</sup> Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la qualité des services de garde éducatifs*. Québec : Gouvernement du Québec (2004). JAPEL, C., TREMBLAY, R.E. et CÔTÉ, S. *La qualité, ça compte! Résultats de l'étude longitudinale du développement des enfants du Québec concernant la qualité des services de garde*, Choix IRPP, (2005) vol. 11, n° 4.

<sup>4</sup> *La qualité, ça compte!* pp. 31 et 32.

<sup>5</sup> GUAY, Danielle, Isabelle LAURIN, Michel FOURNIER et Nathalie BIGRAS. *Enquête montréalaise sur l'expérience préscolaire des enfants à la maternelle, Sommaire exécutif*. 14 novembre 2014.

<sup>6</sup> Il importe de mentionner que tous les enfants de milieu défavorisé ne présentent pas nécessairement de vulnérabilité dans un ou plusieurs domaines de leur développement.

<sup>7</sup> Rapport du directeur de santé publique 2011. *Les inégalités sociales de santé à Montréal. Le chemin parcouru*. 2<sup>e</sup> édition. Marie-France Le Blanc, Marie-France Raynault, Richard Lessard, 2012, p. 134.

contribution augmentera de 10 % au premier palier et de près de 175 % au deuxième palier, exit l’abri du choc tarifaire! Cela représentera une augmentation annuelle variant de 180 \$ à 3 300 \$ et des hausses pouvant atteindre 360 \$ à 6 600 \$ pour les familles ayant deux enfants fréquentant les services de garde<sup>8</sup>. Ces hausses ne sont pas négligeables et l’on peut croire qu’elles inciteront certaines personnes à revoir leur planification familiale ou leur choix de carrière. Par ailleurs, la complexité de l’évaluation du nouveau tarif ainsi que l’ampleur possible de la cotisation additionnelle à déboursier lors de la déclaration d’impôt risquent d’accroître le niveau d’endettement des ménages.

## Éducation

Le niveau d’éducation a une incidence importante sur la santé. En théorie, plus un élève poursuit ses études à un niveau supérieur d’enseignement, plus il a des chances de décrocher un emploi dont les conditions de travail seront sécuritaires et dont le salaire et les avantages sociaux lui permettront d’avoir un niveau de vie adéquat. Cela se traduit en outre par une meilleure santé.

### *Lutte au décrochage scolaire*

Plusieurs jeunes Québécois quittent l’école avant l’obtention d’un diplôme d’études secondaires. Pourquoi un tel choix, alors que la sous-scolarisation limite l’accès à de nombreuses ressources culturelles et qu’elle compromet la capacité de prise en charge par l’individu de sa santé, de ses finances personnelles, de sa vie familiale, etc.?

Si plusieurs facteurs peuvent influencer la persévérance scolaire, la grande majorité des chercheurs s’entend sur le rôle central que joue la situation socioéconomique de la famille. Comme l’explique le gouvernement : « Un jeune qui vit dans des conditions sociales et économiques difficiles risque donc d’avoir plus de mal que les autres à faire son métier d’élève, car il doit surmonter des obstacles importants pour réussir à l’école<sup>9</sup>. » Toutes ces difficultés affectent sa capacité de se projeter dans un avenir de réussite.

## Santé

### *Services de santé de première ligne et services sociaux*

Les services de santé de première ligne ainsi que les services sociaux jouent un rôle important dans le maintien d’une bonne santé. Les dernières coupes annoncées en santé et en services sociaux frappent déjà plusieurs services : prévention des agressions sexuelles, prévention des traumatismes, prévention des chutes à domicile, prévention du jeu pathologique, sécurité alimentaire des populations vulnérables, etc. Le gouvernement demande, par ailleurs, aux directions de santé publique un effort d’optimisation de l’ordre de 30 %<sup>10</sup>. Avec l’intégration des agences régionales de la santé et des services sociaux au sein des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), c’est tout le volet prévention qui se retrouve sur le fil du rasoir. Le gouvernement néglige la prévention qui est pourtant moins coûteuse à

---

<sup>8</sup> Estimations pour 260 jours de garde par année.

<sup>9</sup> Gouvernement du Québec, *Agir autrement pour la réussite des élèves du secondaire en milieu défavorisé*, 2002.

<sup>10</sup> *Le Devoir*, 4 novembre 2014. *La santé publique menacée : les budgets seraient amputés de 30%, compromettant la prévention.*



long terme. Comme le corroborent de nombreuses études, il est plus efficace et moins onéreux d'agir de façon préventive plutôt que d'assumer le fardeau des problèmes de santé (Raynault et Côté, 2013)<sup>11</sup>.

La *Loi canadienne sur la santé* contient les règles générales selon lesquelles les gouvernements provinciaux doivent se gouverner en matière de santé. Elle édicte les cinq principes suivants : gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité. Or, en adoptant récemment le projet de loi n° 20, le gouvernement québécois contrevient directement à la loi canadienne en légalisant les frais accessoires, ce qui constitue une véritable violation des principes d'universalité et d'accessibilité.

### *Le soutien des proches aidants*

La CSN prône la consolidation du système public de services de santé et de services sociaux au Québec et son adaptation aux défis du vieillissement.

Le Québec connaît un vieillissement accéléré de sa population qui s'explique, à la fois, par une baisse de sa natalité<sup>12</sup> et une amélioration de l'espérance de vie. L'arrivée des *baby boomers* à l'âge de la retraite amplifie ce phénomène.

La préparation de la société aux défis du vieillissement se pose donc avec beaucoup d'acuité. Une interpellation des acteurs concernés est nécessaire afin de retarder le plus longtemps possible la perte d'autonomie chez les aînés et de favoriser la récupération fonctionnelle lorsqu'elle survient.

Le vieillissement de la population met au jour la nécessité d'une modernisation du réseau public de santé et de services sociaux et d'un élargissement des contributions pour tisser de nouvelles solidarités intergénérationnelles.

Dans la politique gouvernementale de soutien à domicile *Chez soi : le premier choix*, la proche aidante est théoriquement reconnue comme une citoyenne ayant des responsabilités familiales, une cliente et une partenaire des services à domicile et des soins de longue durée. On y spécifie que son engagement doit être le résultat d'un choix libre et éclairé. Le soutien à lui fournir est censé appuyer ce choix et l'aider à maintenir une relation personnelle avec la personne aînée.

Pourtant sur le terrain, les constats sont troublants, car il n'y a toujours aucun modèle d'intervention ou de collaboration conçu pour elles, ni d'outil d'évaluation de leurs besoins, sauf exception<sup>13</sup>. Plus encore, la présence d'une proche aidante retarde souvent l'offre de services à domicile.

---

<sup>11</sup> M. Raynault, C. Dominique, C. Sébastien, (2013). *Le bon sens à la Scandinavie – Politiques et inégalités sociales de santé*, Les Presses de l'Université de Montréal.

<sup>12</sup> Depuis les 25 dernières années, l'indice de fécondité du Québec oscille entre 1,4 et 1,7 enfant par femme (MSSS, 2011).

<sup>13</sup> Nancy Guberman, CREGÈS CSSS Cavendish, *Des outils d'évaluation des besoins des proches*. Présentation PowerPoint. La revue *Pluriâges* vol. 3, n° 1 automne 2012 présente un outil clinique pour favoriser la prise de décision des proches aidants pour choisir un milieu de vie pour un proche atteint de démence.

Il en résulte qu'entre 40 et 50 % des aîné-es ayant de grands besoins ont une aidante en détresse à leur côté et qu'une aidante sur six est en détresse. Il faudrait intensifier le soutien à domicile lorsque les besoins augmentent, mais, comme c'est rarement le cas, le manque de services devient la première cause d'épuisement des proches aidantes. Or, sans proche aidante, le maintien à domicile est fortement compromis.

Le fait d'assumer le rôle de proche aidante entraîne des coûts économiques, sociaux, physiques et psychologiques qui ont été documentés dans l'étude menée par Janice Keefe pour l'Institut de recherche en politiques publiques (IRPP)<sup>14</sup>. L'auteure indique que « Leur engagement soutenu peut entraîner une réduction significative de leur revenu à vie, sans compter qu'elles sont nombreuses à connaître le stress, l'isolement social et la culpabilité. [...] le prix personnel qu'elles doivent payer menace leur sécurité économique, leur santé et leur bien-être, entraînant ainsi l'augmentation des besoins en soins formels très coûteux ». Au-delà du seuil de 21 heures par semaine, disent les experts, les risques de détresse des personnes proches aidantes s'accroissent tandis que le soutien aux personnes âgées fragilisées décline.

La CSN reconnaît le premier choix des personnes âgées de demeurer le plus longtemps possible chez elles, là où elles peuvent contrôler leur environnement et leur quotidien. Pour ce faire, si elles ne sont pas propriétaires, elles doivent avoir accès à une habitation convenable dont le coût ne compromet pas une vie décente. Quand la perte d'autonomie et la vulnérabilité s'installent, ces personnes et leurs proches doivent pouvoir compter sur des services de réadaptation et de soins de longue durée publics de qualité qui permettront de retarder la perte d'autonomie et de demeurer à domicile aussi longtemps que possible sans surcharger l'entourage. Quand la perte d'autonomie devient très lourde, elles doivent pouvoir être hébergées dans une ressource qui offre des services publics de longue durée de qualité et adaptés à leurs besoins.

La CSN croit que la continuité et l'intégration des services de longue durée à domicile et en institution demeurent la meilleure voie pour offrir des services de qualité aux personnes vulnérables : aîné-es, personnes handicapées, personnes souffrant de maladies chroniques physiques ou mentales, etc. C'est aussi un bon moyen de soutenir leurs proches. L'organisation des services doit permettre l'identification rapide des personnes âgées à risque de perte d'autonomie. Elle doit également retarder la perte d'autonomie, favoriser l'accompagnement des aîné-es et de leurs proches dans les démarches d'obtention des services. Enfin, elle doit permettre un suivi régulier afin que les services soient ajustés au fil de l'évolution des besoins.

Cela signifie le renforcement des services de première ligne encore trop à la disposition de services hospitaliers qui sont fragmentés et axés sur la réponse à des problèmes aigus de santé. Cela signifie également l'élargissement de la couverture publique permettant l'accès à divers services nécessaires, notamment en réadaptation, fournis par d'autres professionnels que les médecins (physiothérapeutes, ergothérapeutes, nutritionnistes, etc.) qui se font souvent rares dans le réseau public parce que de plus en plus privatisés.

---

<sup>14</sup> IRPP Study 23, Janice Keefe, *Supporting Caregivers and Caregiving in an Aging Canada*, Novembre 2011, 35 p. Mme Keefe est directrice du Nova Scotia Centre on Aging et titulaire de la Chaire de recherche du Canada Aging and Caregiving Policy.

Les personnes proches aidantes fournissent actuellement entre 70 % et 85 % du soutien aux aînés, et cela, parfois pendant plusieurs années, au détriment de leur santé, de leur vie sociale et même de leurs revenus. Pour la CSN, il est clair qu'elles doivent être reconnues comme partie intégrante du tandem « personne âgée-proche aidante », avoir le choix de prodiguer ou non des soins d'hygiène ou certains soins infirmiers et être mieux soutenues. Leurs besoins doivent être évalués au même titre que ceux de la personne qu'elles accompagnent et des services particuliers doivent être déployés en collaboration avec les organismes partenaires (répit, groupe de soutien, formation, etc.) pour améliorer et assurer leur qualité de vie et la poursuite de leur essentiel engagement.

Cela dit, l'offre de services ne saurait reposer que sur leurs épaules. L'engagement comme proche aidante doit être le résultat d'un choix libre et éclairé. Le soutien doit servir à appuyer ce choix et à permettre de maintenir une relation personnelle de qualité avec la personne aînée. Le soutien aux personnes proches aidantes est un gage de longévité et de pérennité pour les services publics de soutien à domicile et pour le modèle de société que nous voulons.

### **Orientation 3**

#### **L'amélioration des conditions de vie favorables à la santé**

##### **Le renforcement de la promotion de la santé en milieu de travail**

Au Québec, la Loi sur la santé et la sécurité du travail<sup>15</sup> établit des mécanismes pour prévenir les maladies professionnelles et les accidents en milieu de travail. L'élément principal de cette loi demeure le programme de prévention.

Le programme de prévention identifie les principales sources de danger dans l'entreprise, les normes et règlements à respecter qui sont propres à l'établissement, les équipements de protection à utiliser, les mesures de surveillance à appliquer et les besoins de formation<sup>16</sup>.

D'autres instruments importants complètent la panoplie : le comité de santé-sécurité obligatoire dans l'entreprise<sup>17</sup>, les travailleurs libérés pour agir comme représentants à la prévention<sup>18</sup> et le programme de santé.

La Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) possède le pouvoir réglementaire discrétionnaire<sup>19</sup> d'identifier les groupes qui bénéficient de ces précieux instruments. Or, ces outils fondamentaux de prévention sont, depuis l'adoption des règlements qui en assurent la mise en œuvre<sup>20</sup>, réservés aux catégories d'emploi traditionnellement masculines (bâtiment, industrie chimique, carrières, mines, forêt, scieries, industrie du bois

<sup>15</sup> L.R.Q., c. S-2.1 (ci-après « *L.s.s.t.* »).

<sup>16</sup> *L.s.s.t.*, art. 59.

<sup>17</sup> *L.s.s.t.*, art. 68 : Un comité de santé et de sécurité peut être formé au sein d'un établissement groupant plus de vingt travailleurs et **appartenant à une catégorie identifiée à cette fin par règlement.**

<sup>18</sup> *L.s.s.t.*, art. 87 et s.

<sup>19</sup> *L.s.s.t.*, art. 223.

<sup>20</sup> *Règlement sur les comités de santé et de sécurité du travail*, R.Q. c. S-2.1, r.6.1; *Règlement sur le représentant à la prévention dans un établissement*, R.Q. c. S-2.1, r.18.01; *Règlement sur le programme de prévention*, R.Q. c. S-2.1, r. 13.1.

et des métaux, transport et entreposage, etc.), soit les groupes I, II et III<sup>21</sup>. Les femmes, qui occupent majoritairement des emplois dans les domaines de l'enseignement, de la santé et des services sociaux, de la finance, des assurances, font partie du groupe VI non visé par la réglementation. Le fait que la Loi sur la santé et la sécurité du travail (*LSST*) ne dote pas les milieux féminins d'emploi des mêmes outils de prévention perpétue l'idée que le travail des femmes n'est pas dangereux, qu'il comporte beaucoup moins de risques au plan de la santé-sécurité du travail.

Les programmes de prévention et les comités de santé-sécurité permettraient notamment de mieux répondre aux problèmes de harcèlement psychologique qui, pour l'heure, s'enlisent dans une judiciarisation souvent stérile via le processus de griefs ou de plaintes prévu à la Loi sur les normes du travail (*LNT*). Or, les plaintes en matière de harcèlement psychologique sont majoritairement logées par des femmes<sup>22</sup>. Les outils de la *LSST* permettraient d'aborder enfin le harcèlement sous l'angle de la prévention, comme l'explique la professeure Anne-Marie Laflamme :

De tels programmes de prévention se révéleraient les instruments tout indiqués afin de favoriser la mise en œuvre de mesures d'intervention primaire, secondaire et tertiaire applicables en matière de risques pour la santé mentale. Cela implique évidemment qu'il faille étendre l'obligation d'adopter un programme de prévention à l'ensemble des secteurs d'activité; rien ne s'oppose toutefois à ce que soient aménagées des modalités particulières ou facilitantes pour la plus petite entreprise<sup>23</sup>.

Par ailleurs, les compressions multiples imposées par le gouvernement dans les services publics ont des effets directs sur la santé et la sécurité au travail. Elles entraînent une intensification du travail, une précarité de l'emploi, un stress professionnel et une détresse psychologique propices au développement de problèmes de santé mentale et d'épuisement psychologique au travail.

---

<sup>21</sup> Le groupe III ne bénéficie pas du comité de santé-sécurité, ni du représentant à la prévention.

<sup>22</sup> J.-P. BRUN et E. KEDL, « Portrait et analyse de plaintes déposées pour harcèlement psychologique au travail à la Commission des normes du travail », Rapport d'expertise, Janvier 2006; ce rapport commandé par la Commission des normes du travail révèle que 63 % des plaignants en harcèlement psychologique sont des femmes et que les principaux secteurs économiques concernés sont : commerce de détail (23 %), hébergement et restauration (13 %), industries manufacturières (16 %), commerce de gros (7 %). Notons que le secteur public (et donc la santé et l'éducation) étant fortement syndiqué, il n'entre pas dans la juridiction de la CNT, le recours pour harcèlement psychologique s'exerçant dans ce cas par grief. Or, le secteur public génère un nombre très appréciable des sentences arbitrales en matière de harcèlement publiées chez SOQUIJ.

<sup>23</sup> Anne-Marie LAFLAMME, « La protection de la santé mentale : une question de santé et de sécurité au travail? », *Développements récents en droit de la santé et sécurité au travail*, (2008), Service de la formation permanente du Barreau du Québec, vol. 284, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 107-136, p. 132.

## **Le soutien à l'implantation de mesures favorisant la conciliation travail-vie personnelle**

La difficulté à concilier le travail et les responsabilités familiales peut engendrer des problèmes de santé. C'est ce qui ressort notamment d'une étude de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) publiée en 2005. Les auteurs notent que :

Plusieurs études démontrent en effet qu'un degré élevé de conflit entre les responsabilités professionnelles et familiales augmente le risque de dépression chez l'individu.

Des liens ont également été établis entre le conflit travail-famille et un degré élevé d'anxiété et d'irritabilité de même qu'à un stress général face à la vie, stress se traduisant par le sentiment de se sentir frustré et tendu. Dans une étude auprès de 2 700 travailleurs, Frone (2000) démontre que les individus qui rapportent vivre des conflits entre leur vie familiale et leur travail sont plus susceptibles d'obtenir un diagnostic clinique de trouble de l'humeur, de vivre de l'anxiété, de présenter une dépendance à l'alcool ou aux drogues comparativement aux individus qui ne vivent pas ce type de conflit. Par ailleurs, les résultats révèlent des différences sexuelles quant au type de problèmes vécus, les femmes ayant davantage tendance à obtenir un diagnostic de trouble de l'humeur ou de vivre de l'anxiété alors que les hommes ont davantage tendance à rapporter une dépendance à l'alcool ou aux drogues<sup>24</sup>.

D'autres problèmes de santé sont aussi associés aux conflits entre le travail et les responsabilités familiales, notamment l'hypertension ainsi que les troubles cardio-vasculaires et gastro-intestinaux. On signale aussi des répercussions sur les habitudes alimentaires; le manque de d'énergie pour préparer le souper amène la fréquentation de restaurants ou l'achat de repas congelés.

Les problèmes résultant de la conciliation famille-travail font l'objet de discussions depuis des années au Québec. Pourtant peu de mesures ont été prises pour les résoudre. Déjà en 2001, le Conseil consultatif du travail et de la main-d'œuvre soulignait que :

Les acteurs du monde du travail n'ont pas encore pris pleinement conscience de l'intérêt bien réel qu'ils ont à favoriser et à soutenir activement la conciliation des obligations familiales avec celles du travail, ni de la responsabilité qui leur revient à cet égard<sup>25</sup>.

La CSN revendique, depuis 2005, l'adoption d'une loi-cadre sur la prise en charge de la conciliation famille-travail dans les milieux de travail. En 2013, nous avons joint les rangs de la Coalition pour la conciliation famille-travail-études qui regroupe les principales organisations

---

<sup>24</sup> St-Amour, Laverdure, Devault, Manseau. Institut national de santé publique du Québec. *La difficulté de concilier travail-famille : ses impacts sur la santé physique et mentale des familles québécoises*. Mars 2005. p. 14.

<sup>25</sup> Conseil consultatif du travail et de la main-d'œuvre. *Concilier travail et famille : un défi pour les milieux de travail*. 2001. p. 12.

syndicales québécoises et des organisations féministes, communautaires et populaires œuvrant à l'amélioration des conditions de travail et de vie des travailleuses et des travailleurs, des parents-étudiants ainsi que des personnes proches aidantes. La Coalition revendique l'adoption d'une loi-cadre permettant d'assurer dans l'entreprise un dialogue visant la mise en place de mesures de conciliation. Des modifications à la Loi sur les normes de travail sont aussi réclamées : droit de connaître son horaire de travail à l'avance, droit de refuser de faire du temps supplémentaire, amélioration des congés pour obligations familiales, augmentation du nombre de congés annuels, etc.

La Coalition a adopté récemment une plateforme de revendications que nous joignons au présent mémoire. Sa conclusion est claire : il est temps d'agir!

### **L'amélioration des conditions de vie dans les communautés autochtones**

La santé des peuples autochtones du Canada est intimement liée à l'histoire de la colonisation. Au cours des siècles, cette colonisation a eu de grandes incidences sur les conditions de vie des Autochtones. Il en résulte aujourd'hui que, de manière générale, leur état de santé est moins bon que celui des Canadiennes et des Canadiens. Plusieurs déterminants sociaux causent cette situation, notamment le revenu peu élevé, le chômage, l'insécurité alimentaire, les logements insalubres et surpeuplés, le taux élevé de dépression, d'alcoolisme, de violence et d'agression sexuelle envers notamment les femmes et les enfants, etc. Comme le souligne Jeff Reading dans un rapport publié en 2009<sup>26</sup> :

Aussi difficile à accepter que cela puisse paraître, les faits exposés dans le présent document démontrent abondamment les inégalités que vivent les Autochtones au Canada. Les Autochtones s'exposent à des risques pour la santé qui sont supérieurs dans presque toutes les catégories évaluées, d'où les profondes disparités existantes, surtout chez les plus vulnérables, à savoir les enfants et les aînés.

Pourtant, la *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones* adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2007 met en avant plusieurs solutions que les États peuvent mettre en œuvre pour améliorer la situation des peuples autochtones. Le Canada a finalement adhéré à cette Déclaration en 2010.

La Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, une résolution adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2007, fait état de nombreux domaines où les gouvernements peuvent favoriser l'amélioration de la situation des peuples autochtones dans leur pays.

---

<sup>26</sup> Jeff Reading. *Les déterminants sociaux de la santé chez les autochtones : approche fondée sur le parcours de vie*. Rapport présenté au sous-comité sénatorial sur la santé de la population. Mars 2009. p. A-1.

Le texte de la Déclaration inclut des articles explicites sur l'amélioration de la situation économique et sociale, le droit de jouir du meilleur état de santé possible et le droit de protéger et de préserver l'environnement<sup>27</sup>.

Par ailleurs, en 2013 le Secrétariat aux affaires autochtones a tenu une consultation en vue d'établir un plan d'action pour contrer le racisme et la discrimination envers les Autochtones. Plusieurs mémoires ont été déposés dans le cadre de cet exercice auquel la CSN a participé. Voilà bientôt deux ans que cette consultation a pris fin et le gouvernement n'a pas encore présenté son plan d'action. La situation rapportée à Val d'Or récemment et la disparition ou l'assassinat de femmes autochtones justifient pourtant Québec d'agir rapidement dans l'adoption d'un plan de lutte contre la discrimination envers les Autochtones.

---

<sup>27</sup> Mikkonen, Raphael. *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*. 2011. p. 42.