



# 2. DOCUMENT THÉMATIQUE

RFIQ-A21-C-I-D2

NOS **CONVICTIONS**  
L'ADN DE NOS **ACTIONS**

**2<sup>e</sup> CONGRÈS**  
**7, 9 ET 10 JUIN 2021**



fiq

FIQ | SECTEUR PRIVÉ

REGROUPEMENT  
DES FIQ



# NOS **CONVICTIONS** L'ADN DE NOS **ACTIONS**

## TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	4
RÉSEAU DE LA SANTÉ À LA DÉRIVE	5
UNE INTROSPECTION NÉCESSAIRE : LE RFIQ FACE AUX ENJEUX DES CONDITIONS DE TRAVAIL	15
UN CONGRÈS À L'IMAGE DE CE QUE NOUS VOULONS ÊTRE, ANCRÉ DANS L'ADN DE NOS CONVICTIONS	18
DES FEMMES PROGRESSISTES	19
DES FEMMES D'ACTION	21
DES FEMMES LUTTANT CONTRE LE RACISME SYSTÉMIQUE	28
CONCLUSION	38
RECOMMANDATIONS	40
BIBLIOGRAPHIE	42



# DOCUMENT THÉMATIQUE

## RESPONSABLE POLITIQUE

Marie-Claude Ouellet

## COORDINATION

Julie Rioux

## RÉDACTION

Imane Mawassi, conseillère syndicale,  
secteur Relations de travail

Frédéric Poisson, conseillère syndicale,  
secteur Relations de travail

Marc Thibault-Bellerose, conseillère syndicale,  
secteur Sociopolitique

## RÉVISION

Francis Pigeon, traducteur-réviseur

# INTRODUCTION

Dans le cycle de vie d'organisations démocratiques, comme la FIQ et la FIQP, le Congrès demeure le moment privilégié pour réaliser un exercice d'introspection sur ce qu'elles sont et sur ce qu'elles font. Démarche difficile, mais nécessaire afin de pouvoir ensuite se projeter dans l'avenir et se positionner avantageusement dans la conjoncture qui se profile à l'horizon.

En ce sens, le Congrès de la FIQ et de la FIQP demeure l'instance où les grandes orientations de nos organisations sont imaginées, débattues et déterminées. C'est l'endroit de prédilection où poser des questions cruciales et fournir des réponses tout aussi importantes pour l'avenir des Fédérations et, surtout, quant à leur capacité de remplir leur mission première, soit d'améliorer les conditions de travail et de vie des professionnelles en soins.

En ce sens, si cet exercice démocratique a toujours revêtu une importance stratégique pour notre organisation au fil du temps, force est de constater que ce Congrès-ci se révèle crucial dans une conjoncture marquée par la COVID-19. Au-delà des nombreux drames humains associés à la pandémie, elle aura dévoilé toute la fragilité de notre réseau public de santé, dont le fonctionnement minimal repose en partie sur l'exploitation éhontée des femmes qui y travaillent. Les signaux d'alarme à l'égard des conditions de travail inhumaines des professionnelles en soins résonnent et nous éblouissent pourtant depuis des décennies. Les Québécoises et les Québécois compatissent et nous appuient passivement. La classe politique, tous partis confondus depuis 30 ans, salue notre « héroïsme » et notre dévouement sans pour autant agir concrètement, au-delà des vœux pieux et des slogans de campagne, pour mettre fin à l'inacceptable.

Pourtant, l'enjeu que constituent l'attraction et la rétention des professionnelles en soins n'est pas complexe ni hors de portée. Les solutions sont connues et archidocumentées depuis des décennies, d'un colloque à l'autre, publication sur publication. Le Québec est riche en ressources et nous avons les moyens de nos ambitions. La seule chose qui manque est, sans conteste, la volonté politique.

À ce titre, nous avons exploré plusieurs avenues. Nous avons fourni des données probantes et soutenu nos arguments en les liant à la littérature scientifique. Nous avons sollicité l'appui de la population. Nous avons fait nôtres le syndicalisme de proposition et la mise en valeur de nouveaux modèles de soins. Nous avons fait appel à la rationalité et à la bonne foi des employeurs pendant de longues heures durant lesquelles ils feignaient de nous entendre. Nous avons joué dans les limites du cadre légal et inscrit des dizaines de milliers de griefs afin de défendre les droits des professionnelles en soins.

Nous en venons à l'évidence qu'être posées et raisonnables n'est pas suffisant pour créer une obligation d'agir. Se conformer au cadre légal ne suffit pas à forcer ceux et celles que nous élisons à cesser de nous tenir pour acquises, à sentir qu'ils ne peuvent plus nous ignorer et que l'heure est à l'action. Il est donc temps de sortir les crocs et de s'organiser pour que ça change, non pas dans une prochaine mégaréforme, mais dès maintenant.

# RÉSEAU DE LA SANTÉ À LA DÉRIVE

Commençons par mettre les choses au clair : toute personne qui affirme que les syndicats devraient se concentrer sur les conditions de travail et ne pas se préoccuper des enjeux de nature politique **ne veut pas notre bien**. En fait, cette personne souhaite dépouiller les professionnelles en soins tout comme l'ensemble des employé-e-s de l'État en particulier, de la possibilité d'agir sur la source de leurs problèmes quotidiens au travail. Il est ainsi impossible de comprendre la surcharge de travail endémique et chronique des professionnelles en soins sans remonter aux décisions politiques qui l'ont engendrée. De la même manière, notre succès à améliorer le sort des professionnelles en soins se mesurera à notre capacité d'engendrer, voire de forcer, des décisions politiques qui nous sont favorables auprès de décideurs qui n'ont pas le même objectif que nous.

Or, on peut se demander comment quelqu'un peut ne pas avoir intérêt à ce que les soins soient de bonne qualité, que leur accès soit facilité ou qu'il y ait une diminution des coûts liés à l'absentéisme en raison d'une satisfaction et d'un bien-être au travail accrus. Bien sûr, toute personnalité politique s'affichera du côté des professionnelles en soins. Personne n'a intérêt à dire le contraire publiquement, tout le monde aime les soignantes. Mais ces mêmes personnalités politiques sont-elles disposées à dégager la marge de manœuvre financière nécessaire pour augmenter le salaire des employées du secteur public? Ont-elles intérêt à pérenniser l'amélioration du sort d'employées de l'État à travers une loi sur les ratios? Ont-elles intérêt à venir renforcer la capacité de l'État à offrir des services de qualité? C'est là que ça se corse...

À ce titre, la détérioration des conditions de travail des professionnelles en soins est **intrinsèquement et directement** liée à la volonté de la classe politique, tous partis confondus depuis les 30 dernières années, de réduire la taille de l'État en diminuant sa capacité financière, en transférant des responsabilités au secteur privé et en réorientant les principes gouvernant les services publics en les soumettant à une logique issue du secteur privé. De cette manière, les services publics ne sont plus planifiés, financés et dispensés en fonction des besoins, mais plutôt en fonction des cibles budgétaires.

## Comment cette dérive s'est orchestrée

Si cette logique s'est implantée progressivement, c'est à partir du milieu des années 90 qu'elle s'est imposée de manière plus insistante. Agitant le spectre d'une décote de l'agence de notation Moody's liée à l'importance prétendument démesurée du poids de notre dette, le gouvernement de Lucien Bouchard a réuni les organisations patronales et syndicales en 1996 afin de dégager un consensus sur la nécessité d'atteindre le déficit zéro en quatre ans sans quoi le Québec subirait une catastrophe financière. Fort d'un semblant de consentement, le gouvernement a atteint son objectif un an plus tôt que prévu, soit en 1999, au prix de compressions budgétaires importantes. Entre 1996 et 1999, le gouvernement de Lucien Bouchard a sabré les dépenses budgétaires du Québec pour un total de 4,2 milliards de dollars, dont 2,45 milliards en santé et plus d'un milliard en éducation. Au cours de ces trois années seulement, le réseau de la santé a perdu d'un coup 10 % de sa main-d'œuvre. En somme, ce sont plus de 30 000 fonctionnaires (sur les 15 000 prévus) qui se sont prévalus du programme de retraite anticipée, ce qui ne pouvait rester sans conséquence sur les services donnés à la population (Québec, 2000; Boivin 2009 et Lessard, 2010).

Par la suite, la valse des compressions s'est poursuivie sous les gouvernements Charest, Marois et Couillard. En six ans, soit de 2010 à 2015, on demande aux Québécoises et aux Québécois des efforts se chiffrant à pas moins de 20 milliards de dollars<sup>1</sup>, dont 13,8 milliards en compressions budgétaires. Cela équivaut à retrancher 2,3 milliards de dollars supplémentaires à chaque budget annuel pendant six ans (Beaulne, 2018). Il est donc évident que le sous-financement des services publics est à la base de leur dégradation et de l'état lamentable des conditions de travail offertes aux fonctionnaires de l'État.

Il convient de spécifier que ces restrictions n'étaient pas et n'ont jamais été le fruit d'une quelconque obligation d'agir avant d'être précipité dans un gouffre financier. La dette du Québec n'a jamais été hors de contrôle et, en proportion de nos richesses, s'est toujours comparée avantageusement à celle des autres pays riches occidentaux. Ces compressions budgétaires n'étaient donc pas la démonstration d'un courage politique face à une situation intenable. Si ces restrictions budgétaires ont été présentées ainsi, c'est pour mieux faire accepter à la population des décisions autrement hautement impopulaires. Mais il s'agit bien d'un choix politique ayant pour objectif de réduire la taille de l'État au profit du secteur privé. En politique, tout est question de choix.

## Faire plus avec moins

Les choix budgétaires évoqués ci-dessus ne pouvaient évidemment pas demeurer sans conséquence, même si on nous a longtemps assuré qu'il ne s'agissait que de « couper dans le gras sans perturber les services ». Dans le souci de diminuer au maximum les coûts d'exploitation, on a cherché à y intégrer les « meilleures pratiques » du secteur privé par l'entremise de la Nouvelle gestion publique (NGP). Si l'adoption en 2000 de la Loi 82 sur l'administration publique consacre la nécessité d'appliquer la NGP à l'ensemble de l'appareil de l'État, c'est par le truchement de la réforme du réseau public de santé (comprise dans le projet de loi 25) et par son renforcement en 2005 que la NGP se consolidera en santé (Grenier et Bourque, 2014, p. 13; p. 97). Par ailleurs, lorsque le ministre Bolduc a sommé en 2008 les établissements de santé du Québec de réaliser un minimum de trois projets LEAN annuellement, le signal était sans équivoque et la chasse au gaspillage de temps, de matériel et de ressources humaines était officiellement lancée.

C'est ainsi que les travailleuses œuvrant toujours dans le réseau public seront progressivement soumises aux principes de la NGP, bras administratif de l'état néolibéral. Basé sur les 3E, soit Économie, Efficacité et Efficience, ce mode de gestion justifié par la nécessité idéologique de restreindre les dépenses de l'État figure directement au cœur des problèmes vécus et dénoncés par nos membres depuis plusieurs années.

Au départ, il faut quand même dire que ces projets semblaient séduisants. Ils faisaient en effet miroiter une participation accrue des salariées à une réorganisation des tâches censées profiter à toutes. Ainsi, les partisans du LEAN prétendent que leur méthode permet à la fois d'améliorer les conditions et la satisfaction au travail des soignantes, tout en engendrant des économies et une plus grande efficacité pour les employeurs ainsi qu'une satisfaction accrue des patient-e-s soigné-e-s.

---

<sup>1</sup> Compressions budgétaires et ponctions fiscales incluses.

Très rapidement toutefois, nous avons été à même de constater l'extrême minceur du vernis jovialiste gagnant-gagnant. En définitive, le *LEAN Management* en santé n'est qu'un moyen d'instaurer une logique de chaîne de montage et de réduction des coûts à tout prix dans un milieu où prédominent pourtant l'humanisme et les relations d'aide.

En fait, en imposant le LEAN, on est venu modifier le sens même de l'engagement des salariées du réseau de la santé. Formées pour prendre soin des patient-e-s de manière professionnelle et humaine, nos membres vivent un important conflit de valeurs parce que ces éléments ne sont plus au cœur des priorités des gestionnaires. Ce qu'on demande et valorise, c'est désormais d'exécuter toujours plus vite avec moins de ressources, c'est de justifier l'ensemble de ses faits et gestes par d'innombrables formulaires qui sont remplis au détriment du temps passé auprès des patient-e-s, c'est d'arriver à mesurer, à calculer et à éliminer des gestes qui ne cadrent pas avec une logique comptable.

Cette volonté d'appliquer à tout prix une logique de marché est également au cœur de l'enjeu actuel d'une dotation suffisante des équipes de soins. S'appuyant sur le credo du Just in Time, les employeurs craignent par-dessus tout un hypothétique surplus de personnel, synonyme à leurs yeux de gaspillage. Après tout, optimiser une chaîne de montage nécessite d'exploiter à leur pleine capacité, voire au-delà, l'ensemble des intrants à la production.

Les conséquences de l'application du Just in Time sont toutefois autres que dans une usine de boîtes de conserve. En prévoyant le strict minimum d'effectifs sur le terrain, la moindre absence ou augmentation circonstancielle de patient-e-s place les soignantes en surcharge de travail et en situation précaire. Pour les employeurs, les heures supplémentaires obligatoires ou le recours aux agences privées de professionnelles en soins représentent des moyens commodes d'ajuster l'offre à la demande. Le prix en charge mentale et physique que doivent payer les soignantes et leurs patient-e-s pour ce mode de gestion industriel ne fait toutefois pas partie de l'équation.

Or, n'en déplaise aux partisans de la saine gestion des fonds publics et de l'amaigrissement de l'État, la nouvelle gestion publique pousse le réseau et ses travailleuses au précipice, ne comble pas les attentes des patient-e-s sur qui on prétendait centrer les soins, tout ça au nom d'une efficacité économique dont les résultats sont, au mieux, mitigés.

## Façonner le réseau, une réforme à la fois

Afin d'adapter le réseau en fonction des orientations souhaitées, les gouvernements successifs ont procédé à différentes réformes qui ont complètement bouleversé l'organisation des soins. Si certaines de ces réformes semblaient partir de bonnes intentions, il demeure que la nécessité de les soumettre aux impératifs de réduction budgétaire aura sapé tout effet positif potentiel.

C'est notamment le cas de la réforme Rochon et du fameux virage ambulatoire au milieu des années 90. À la base, l'objectif était entre autres d'adapter le réseau au progrès scientifique permettant des chirurgies d'un jour et ainsi de libérer des lits d'hôpitaux en transférant le plus rapidement possible à la maison les patient-e-s hospitalisé-e-s ou ayant reçu une chirurgie mineure, moyennant une hausse substantielle des soins à domicile réalisés par les CLSC. Or, comme on le sait, les patient-e-s ont effectivement été retourné-e-s à la maison sans toutefois que le budget et donc que les services à domicile suivent. Ainsi, en réaffectant les sommes dégagées au paiement de la dette, nous peinons encore aujourd'hui à combler le déficit en services à domicile engendré par la situation, d'autant plus que les besoins ne font qu'augmenter depuis.

Par la suite, sous le gouvernement de Jean Charest, la réforme du réseau introduite via la Loi 25 par le ministre de la Santé de l'époque, Philippe Couillard, avait notamment comme objectif la fusion de différents établissements de santé au sein de CSSS afin de faciliter l'adoption d'une approche populationnelle et la mise en commun des différents acteurs et établissements autour de cet objectif. Plutôt que d'entraîner une synergie entre les différents éléments du réseau, cette réforme a plutôt consacré l'hospitalo-centrisme et la concentration des décisions par des gens loin du terrain. Elle a également permis de consolider le secteur privé comme un acteur intégré au système en ce qui a trait à la dispensation des soins et des services de santé. Enfin, elle a grandement facilité une plus grande mobilité de la main-d'œuvre, que les gestionnaires peuvent désormais déplacer en fonction des besoins définis.

Cette nouvelle mobilité de la main-d'œuvre permise par la Loi 25 s'inscrit en harmonie avec les principes de la nouvelle gestion publique qui ont l'idée qu'une employée, quelque part, puisse être en surplus le temps d'un quart de travail. En disposant d'une flexibilité accrue, les gestionnaires croient ainsi être en mesure d'affecter les employées là où il y a de la demande, de la façon la plus précise possible. Lorsque cela est impossible, le recours au personnel issu des agences privées de placement ou le temps supplémentaire obligatoire (TSO) sont les solutions à privilégier. En ce sens, il est important de retenir que l'utilisation des agences privées de placement et le recours au TSO ne sont pas uniquement des outils de derniers recours découlant de la pénurie de professionnelles en soins. Ils sont aussi le résultat de choix politiques qui, par hantise d'une dotation trop généreuse occasionnant des coûts supplémentaires, favorisent une dotation sans marge de manœuvre dont les brèches « circonstancielles » pourront être colmatées par ces deux outils de gestion.

Poursuivant dans la même veine, la réforme effectuée par Gaétan Barrette à partir de 2015 vient approfondir de manière radicale une centralisation à outrance des prises de décision dans le réseau public de santé. Avec la fusion des anciens CSSS en immenses structures couvrant parfois des centaines de kilomètres que sont les CISSS et CIUSSS, les employeurs peuvent œuvrer avec un maximum de flexibilité dans la gestion de la main-d'œuvre. Les contrats de service soumis aux appels d'offres sont plus imposants, et donc plus intéressants pour les joueurs du secteur privé. Par ailleurs, le ministre de la Santé acquiert un pouvoir important et s'assure d'une loyauté sans faille et d'une obéissance aveugle aux directives ministérielles. Il peut facilement convoquer les PDG à une même table pour y arriver.

Comme de nombreux critiques l'avaient prédit, la création de ces mégastructures a entraîné un chaos rarement observé dans le réseau public de santé. L'immense distance entre le terrain et les lieux de décisions crée une structure lourde qui a du mal à arrimer ses choix à la réalité. Outre le désespoir et le découragement engendrés chez les soignantes, ce sont ultimement les patient-e-s qui font les frais d'une structure de gestion incapable de s'adapter rapidement à la réalité changeante d'un milieu de soins en tirant profit de l'expertise de ses professionnelles en soins. L'abolition de contre-pouvoir et des mécanismes de reddition de compte auprès des contribuables ont eu tôt fait de réduire l'imputabilité dans le réseau public de santé. Si on ajoute au fait que cette déconnexion s'est opérée dans un contexte de restriction budgétaire, notamment en regard du soutien administratif et clinique sur lequel pouvaient s'appuyer un tant soit peu les professionnelles en soins, on peut tirer la conclusion que le scénario catastrophe était lancé bien avant que la pandémie de COVID-19 ne se pointe le bout du nez.

## Une détresse bien documentée

Les enjeux associés à nos conditions de travail difficiles ne datent pas d'hier. Les rapports à cet effet s'empilent, les colloques se succèdent et les conférences de presse remplies de bonnes intentions à notre égard sont légion. D'emblée, il convient de mentionner que les professions liées aux soins cardio-respiratoires n'ont jamais vraiment évoqué l'idée d'une carrière qui coulerait comme un long fleuve tranquille. Ce sont des professions exigeantes tant sur le plan psychologique que physique. Elles nécessitent d'œuvrer quotidiennement avec des gens dans le besoin ayant une santé précaire. Ces professions requièrent de côtoyer tous les jours la souffrance, la solitude et la maladie qui frappent parfois de manière aléatoire, souvent en fonction des nombreuses injustices créées par un système économique nourri par la disparité.

Ces éléments sont partie intégrante de nos professions. Notre formation nous y prépare et l'expérience nous renforce à cet égard. Il reste que l'équilibre se crée par le fait que nos professions, bien qu'exigeantes, sont extrêmement gratifiantes. L'équilibre se tisse entre le soin de la maladie (cure) et le soin de la personne (care). Accompagner humainement et professionnellement un-e patient-e vers une meilleure santé constitue sûrement l'une des tâches les plus enrichissantes qui soient. C'est cet aspect qui, outre la nécessité de gagner notre vie, nous pousse à faire ce choix de carrière. Au-delà de la paie, c'est dans l'humanité de nos gestes professionnels que réside toute la raison d'être de notre choix de carrière. C'est ce qui nous anime pendant nos études et les premiers mois d'expérience concrète de travail, jusqu'à ce que nous soyons frappées de plein fouet par la réalité de nos professions, progressivement dépouillées de cette même humanité au profit d'une gestion comptable et irresponsable.

Ainsi, les effets des réformes imposées à partir du milieu des années 90 n'ont pas tardé à se faire sentir sur le terrain, notamment en provoquant de manière immédiate une intensification de la charge de travail et la déshumanisation des soins. Par ailleurs, c'est également à partir de cette époque que la plus grande flexibilité exigée par la mobilité de la main-d'œuvre a entraîné une diminution de l'appartenance envers l'équipe de soins ou l'établissement.

## Constats qui se répètent, inaction qui se poursuit

Dès le tournant du siècle, les rapports se succèdent les uns après les autres afin de sonner l'alarme en établissant chaque fois le même diagnostic et la même posologie. L'un des premiers et des plus remarquables en la matière est sans aucun doute celui du Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière publié en 2001. Réunissant l'ensemble des parties prenantes au dossier (ministère, gestionnaire, organisations syndicales, ordres professionnels et chercheurs), l'exercice avait pour objectif de « proposer au ministère des orientations et des plans d'action à partir de consensus à l'égard des différentes problématiques et de visions communes quant aux solutions à promouvoir ». On pensait ainsi contrer l'enjeu que constitue la pénurie de main-d'œuvre, après que ce même gouvernement ait invité 4 200 infirmières à se prévaloir d'un programme de retraite anticipée.

D'emblée, le rapport (Québec, 2001, p. 20-21) cite le compte rendu d'un groupe similaire datant de 1998 déplorant :

- Le manque de personnel infirmier et de stabilité chez les équipes de base ;
- Le fait que depuis 1997, l'ensemble des établissements du réseau sociosanitaire affichent une augmentation importante de l'utilisation des heures supplémentaires pour répondre au volume accru des activités ;

- Le manque de ressources infirmières, notamment pour répondre aux surcroûts de travail actuels, de sorte que beaucoup d'établissements obligent de plus en plus les infirmières à faire des heures supplémentaires; la fatigue physique et psychologique s'accroît au sein de la main-d'œuvre infirmière.

Compte tenu du maintien, voire de l'aggravation de ces éléments trois ans plus tard, et des conséquences dramatiques à venir découlant de la pénurie de professionnelles en soins, le comité patronal-syndical-ordre professionnel en arrive à un consensus visant notamment à recommander au ministère de (Op. cit., p. 62-63) :

- Examiner et mettre en place des mesures facilitant la conciliation du travail avec la vie personnelle et familiale;
- Appliquer des formules d'aménagement du temps de travail dans le respect de la volonté des parties et du personnel concerné;
- Analyser l'utilisation des heures supplémentaires et mettre en place les mesures appropriées pour diminuer le recours à cette pratique;
- Alléger les tâches des infirmières par l'adoption de solutions appropriées;
- Assurer la présence d'équipes de base suffisantes en effectifs;
- Favoriser la continuité des soins par une augmentation du personnel permanent dans les équipes de base;
- Adopter une philosophie de gestion participative au sein de chaque établissement.

En 2003, le sous-comité de recherche associé au Forum national sur la planification de la main-d'œuvre a publié une recherche d'envergure visant à « (...) déterminer les facteurs qui influencent le choix des infirmières au regard du statut d'emploi, identifier des facteurs et des stratégies pour accroître la disponibilité des infirmières et préciser ce qui constitue pour elles un avancement ou un cheminement de carrière stimulant » (Québec, 2003, p. 1).

Or, quels ont été les constats de cette recherche déposée sur le bureau du ministre de la Santé? (Op. cit., p. 1)

- Les infirmières aiment toujours la profession et valorisent le contact avec les patient-e-s;
- De façon générale, elles déplorent la surcharge de travail, le manque de souplesse dans l'aménagement du temps de travail, la faible autonomie qui leur est accordée, le manque d'écoute et de soutien de leurs supérieurs et les conditions financières qui ne reflètent pas leur niveau de responsabilité ni les inconvénients liés au fonctionnement ininterrompu des établissements;
- Si des améliorations étaient apportées à leurs conditions de travail, environ le cinquième des infirmières occupant un poste à temps partiel permanent (TPP) et plus de la moitié de celles ayant le statut de temps partiel occasionnel (TPO) accepteraient de donner plus de disponibilité, ceci pour une moyenne de deux jours supplémentaires par quinzaine;
- Près des deux tiers des infirmières de 50 ans et plus envisageraient de prolonger leur carrière si des améliorations étaient apportées à leurs conditions de travail.

Toujours en lien avec ces constats, la recherche financée par le ministère de la Santé recommande de (Op. cit., p. 3-7) :

- Réduire la surcharge de travail ;
- Améliorer les conditions salariales des infirmières afin de refléter davantage leur niveau de responsabilité ;
- Poursuivre la révision de l'organisation des soins et de l'organisation du travail dans tous les milieux de soins ;
- Stabiliser les équipes de soins en augmentant le nombre de postes permanents (temps plein et temps partiel), réduire le plus possible les statuts occasionnels et stabiliser un maximum de postes dans les centres d'activités et sur les unités de soins ;
- Concevoir, en collaboration avec le personnel, des aménagements créatifs et innovateurs du temps de travail en considérant l'incidence du fonctionnement ininterrompu (24 heures sur 24, 7 jours sur 7) des établissements du réseau sur la vie personnelle des infirmières, tout en assurant un équilibre entre les besoins de la clientèle et ceux des employés ;
- Faire connaître les horaires et les affectations de travail plus tôt pour assurer une meilleure conciliation travail/vie personnelle ;
- Adopter un mode de gestion qui mise sur la participation ;
- Rendre disponibles, pour chaque établissement, en fonction de ses particularités, différents services aux infirmières pour améliorer la qualité de vie au travail et la conciliation travail/vie personnelle, par exemple :
  - Espaces de travail pour les infirmières comme des salles de réunion, d'enseignement ou de consultation confidentielle ;
  - Salles de repos adéquates ;
  - Repas chauds disponibles en tout temps ;
  - Programmes de santé dans l'établissement ou à proximité ;
  - Service de buanderie ;
  - Service de transport pour le quart de nuit ;
  - Aires de stationnement à proximité gratuites ou à frais partagés ;
  - Services de garderie en milieu de travail, à domicile ou en milieu familial, disponibles jour, soir, nuit, 7 jours par semaine, notamment en collaboration avec les centres de la petite enfance.

En dépit de ces constats et des pistes de solution faisant l'objet de consensus entre les différents acteurs du réseau, le ministre de la Santé Philippe Couillard a établi en 2007 une « (...) Table de concertation de main-d'œuvre en soins infirmiers afin de trouver des solutions concrètes pour pallier aux problèmes de pénurie de main-d'œuvre dans ce domaine. Monsieur le ministre a

partagé des attentes spécifiques avec les participants quant au recours à la main-d'œuvre provenant d'agences privées et quant à l'utilisation du temps supplémentaire obligatoire en soins infirmiers » (Québec, 2008, p. 6).

Ainsi donc, des fonctionnaires du ministère de la Santé, des gestionnaires du réseau, des représentantes syndicales et des ordres professionnels se sont réunis à nouveau pour trouver des solutions à la pénurie de professionnelles en soins et à l'augmentation des heures supplémentaires. Les membres de la Table, après avoir partagé les mêmes constats que ceux cernés lors des exercices similaires en 1998, 2001 et 2003, arrivent à des solutions somme toute identiques :

- Exiger un plan stratégique des effectifs infirmiers (infirmières cliniciennes, praticiennes, auxiliaires, et toutes autres catégories) dans les établissements, les régions et la province;
- Stabiliser les équipes de travail : ajouter du personnel d'appoint dans les équipes de soins;
- Promouvoir la formation continue comme stratégie de développement professionnel.

Par ailleurs, à titre personnel, la présidente de la Table a émis les recommandations suivantes :

- Exiger un plan de rétention du personnel propre à chaque organisation;
- Exiger un plan stratégique visant la réduction de l'utilisation des agences privées : les établissements qui ont largement recours aux agences privées devront établir un plan qui sera mis en œuvre rapidement et qui mènera à l'interruption de cette pratique en trois ans;
- Convertir un pourcentage des heures travaillées en temps supplémentaire (TS), et en temps supplémentaire obligatoire (TSO), en postes à temps plein;
- Abolir les listes de disponibilité et convertir les équivalences des heures utilisées en postes permanents.

En somme, ces multiples démarches et tentatives visant à trouver les raisons profondes et sous-jacentes de la pénurie de professionnelles en soins et à définir des solutions structurantes pour y remédier pourraient se résumer à un simple et banal enjeu d'offre et de demande, ce que devraient pourtant avoir de la facilité à comprendre les gestionnaires et ancien-ne-s dirigeant-e-s d'entreprise qui nous gouvernent. La solution générale et définitive aux enjeux d'attraction et de rétention des professionnelles en soins consisterait tout simplement en l'amélioration de leurs conditions de travail et de rémunération. Pourtant, malgré la quantité considérable de documents, de données probantes et de rapports de comités nationaux produits à ce sujet, on apprenait le 3 mars 2021 que le ministre de la Santé, Christian Dubé, « (...) annonce qu'un groupe de travail national sera mis sur pied afin de déterminer les enjeux vécus par le personnel infirmier et proposer des solutions concrètes adaptées aux conditions sur le terrain » (MSSS, 2020). À cet égard, il faut se demander si ce groupe de travail peut réellement en arriver à des constats et à des solutions différentes de celles observées depuis presque 30 ans.

## L'effet COVID

L'annonce du nouveau groupe de travail visant à « déterminer les enjeux vécus par le personnel infirmier et proposer des solutions concrètes » serait presque risible si la situation n'était pas aussi dramatique qu'elle l'est aujourd'hui. Tel qu'énoncé précédemment, la situation était déjà dramatique bien avant la pandémie et les cris du cœur et autres appels à l'aide étaient monnaie courante. La COVID-19 est seulement venue exacerber au maximum des conditions de travail inacceptables, mais depuis trop longtemps tolérées, entre deux colloques ou rapports d'expert-e-s.

En général, la pandémie aura agi comme un puissant révélateur de la conception qu'ont les élu-e-s et les gestionnaires de ce qu'est une professionnelle en soins. Cette conception a deux tangentes, la première étant de la considérer comme une sainte dont les valeurs et le grand cœur poussent au don de soi, à l'abnégation et à la résilience. La deuxième est de la considérer comme un simple intrant à la production, une ressource que l'on peut affecter, déplacer, exploiter sans autre égard que le bon déroulement du processus de production de soins.

Ces deux conceptions se côtoient et se superposent, plaçant les professionnelles en soins en constant conflit de valeur, en perte de sens et en dévalorisation professionnelle et personnelle. Les manifestations ont été nombreuses à cet effet durant la pandémie, mais la persistance de la gestion par arrêtés ministériels demeure l'exemple le plus patent à cet égard. Faisant fi des disparités régionales quant à l'incidence de la COVID-19, et au plus grand mépris des droits les plus élémentaires, les professionnelles en soins sont assignées, déplacées, délestées et forcées de travailler en s'appuyant sur leur dévotion professionnelle et humaine envers les patient-e-s, sur leur solidarité envers leurs collègues avec qui elles partagent le calvaire et enfin, sur la sempiternelle menace de perdre leur permis de pratique. On leur a retiré les perspectives de congés, de vacances ou d'avoir un horaire minimalement stable pour être en mesure de planifier leurs vies. En dépit des avis scientifiques, le gouvernement a refusé de reconnaître la nécessité de fournir de l'équipement afin de mieux protéger les professionnelles en soins. Ce faisant, c'est de leur vie et de celle de leurs proches (sans parler des patient-e-s qu'elles soignent) qu'on s'est moqué. À cet effet, la récente décision du Tribunal administratif du travail forçant le gouvernement à fournir des masques N95 aux professionnelles en soins visées est on ne peut plus éloquente. La décision démontre que les employeurs ont choisi délibérément et de manière obstinée de suivre les consignes gouvernementales et d'exposer leurs salariées et les patient-e-s qu'elles soignent au risque de contracter la COVID-19 et d'en subir les conséquences. Il aura fallu une lutte judiciaire des Fédérations, menée en alliance, pour faire reconnaître un droit aussi fondamental.

Parlant des conséquences, on commence à peine à mesurer l'étendue des séquelles psychologiques de la pandémie et de la gestion par arrêtés sur les professionnelles en soins. Il s'agit d'être utilisées de manière interchangeable et forcées à travailler pendant 16 heures par jour au sein d'une unité qu'on ne connaît pas ou sur un quart de travail autre que le sien, travailler en sous-effectifs constants, se voir renier la possibilité de composer avec ses réalités familiales, et ce, sans reconnaissance aucune. En soi, cela suffit à drainer le moral de quiconque. Ajoutons à cela le fait de côtoyer la mort de près, si souvent dans des conditions humaines discutables et sans avoir le temps ni l'espace pour digérer les innombrables drames humains liés à la COVID-19, et on obtient un mélange qui ferait craquer n'importe qui. Le peu de considération du gouvernement à l'égard de ses professionnelles en soins constitue sans contredit la goutte qui fait déborder un vase déjà trop plein. Cela dit, rien de nouveau au soleil et rien de surprenant venant d'une administration qui, bien avant la pandémie, ne semblait pas se soucier des conditions de travail des professionnelles en soins.

Face à un tel mépris, les conséquences étaient à prévoir. Entre mars et décembre 2020, les démissions ont augmenté de 43 % chez les infirmières (Duchaine, 2021). Toujours pour la même période, pas moins de 4 000 professionnelles en soins ont quitté le réseau. Beaucoup sont parties au profit des agences privées de placement, d'autres se sont réorientées ou ont devancé des projets de retraite.

De plus, l'année 2020 s'est achevée avec 7 668 professionnelles en soins sous le régime d'assurance salaire ou d'accident du travail, en hausse de 28 % par rapport à 2019 (Ibid.). Face à une telle hécatombe, tout gouvernement ayant à cœur non seulement le maintien, mais le renforcement des services publics et des gens qui y travaillent serait à pied d'œuvre pour majorer de façon radicale les conditions de travail afin de stopper l'hémorragie. Évidemment, la dernière négociation est un pas dans la bonne direction et les Fédérations y ont réalisé des gains importants pour les professionnelles en soins. Il demeure toutefois que cet exercice, à lui seul, ne peut suffire à endiguer la poursuite du cercle vicieux où les professionnelles en soins continuent de quitter le réseau pour survivre en agence privée de placement, précarisant encore davantage un peu plus à chaque départ les conditions de celles qui demeurent à l'emploi de l'État.

# UNE INTROSPECTION NÉCESSAIRE : LE RFIQ FACE AUX ENJEUX DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Comme démontré précédemment, la conjoncture que nous vivons actuellement n'est que l'aboutissement prévisible d'un réseau public de santé sans aucune marge de manœuvre et qui ne tient qu'au mince fil de la dévotion professionnelle, de l'exploitation et de la manipulation. La pandémie doit rompre une fois pour toutes ce lien, pour que nous n'ayons plus jamais à supporter l'inacceptable.

À cet égard, la FIQ, la FIQP et les syndicats affiliés sont bien au fait de la source des enjeux qui nous affligent et des solutions qui s'imposent. Une simple recension des différentes thématiques présentées à chacun de nos congrès depuis 2001 suffit pour s'en convaincre. Ainsi, bien que chacun de ces événements démocratiques soit imprégné de son contexte et ait donc sa couleur propre, on peut aisément dégager des constats similaires pour chaque exercice :

- L'origine de la situation difficile sur le terrain est **de nature politique**.
- Malgré leur variation selon le moment, les moyens proposés pour y faire face ont comme dénominateur commun la volonté de **politiser davantage** l'appareil syndical et les membres et de cerner des manières **de faire participer et de mobiliser** davantage les membres pour avoir un meilleur rapport de force.

Le fait que ces éléments centraux se retrouvent au cœur de nos projets syndicaux démontre que nous savons ce qu'il est nécessaire d'accomplir pour être en mesure de bâtir un mouvement susceptible d'obtenir un rapport de force favorable. En même temps, la persistance de ces enjeux et solutions démontre qu'il y a encore beaucoup de chemin à parcourir pour y arriver. Cette persistance est également le reflet d'une culture syndicale solidement enracinée, qui devant les attentes énormes de nos membres, les appels constants, les employeurs qui nous sollicitent à tout bout de champ et la gestion des milliers de griefs qui s'accumulent, a bien peu de ressources à accorder à l'introspection ou à l'essai de méthodes alternatives. Combinée aux événements cycliques de notre vie organisationnelle (maraudage, négociation nationale et réforme du réseau de la santé aux 10 ans), cette surcharge bien réelle des représentantes syndicales locales permet difficilement un temps d'arrêt et de réflexion pour se poser une question fondamentale et existentielle :

- Est-ce que ma pratique, ou plutôt notre pratique en tant que syndicalistes, contribue réellement à changer concrètement et substantiellement la réalité et le quotidien des membres que nous représentons ?

C'est justement ce à quoi sert un congrès dans une organisation démocratique. Il s'agit de prendre un temps d'arrêt et réaliser l'exercice parfois ardu et parsemé d'obstacles, mais néanmoins nécessaire, d'analyser nos stratégies et tactiques et d'évaluer si elles conviennent à notre objectif de départ. L'idée ici n'est pas de juger notre pratique de manière individuelle, mais plutôt collective et de nous adapter par la suite à ce que nous déciderons, ensemble.

Ce choix de considérer la perspective collective plutôt qu'individuelle nous force à dépasser les efforts personnels que nous déployons au quotidien et les possibles gains réalisés, peu importe le palier, pour prendre la situation dans son ensemble. En ce sens, après avoir fait l'analyse de

la conjoncture et des thématiques de nos congrès depuis 2001, force est de constater que les conditions de travail des professionnelles en soins ne s'améliorent pas, bien au contraire.

Dans ce contexte, il est important de mentionner que ce n'est pas qu'un « problème RFIQ ». C'est un constat que font l'ensemble des organisations syndicales québécoises ainsi que nos collègues syndicalistes et professionnelles en soins du reste du Canada regroupées au sein du CFNU. C'est la conclusion de l'ensemble de nos alliés-e-s syndicaux-ales au sein de l'Internationale des services publics ou de Global Nurses United. Partout, au Québec comme dans le reste du monde, les travailleuses des services de santé et les services publics de manière générale font face à des vagues d'austérité, de privatisation et de gestion axée sur la productivité parce que les décideurs et leurs mécènes ont une vision partagée du rôle de l'État et des services publics, et ce, tant au niveau international, national, provincial, régional et local.

L'enjeu central : si nous faisons face à un problème de nature politique, et si l'amélioration des conditions de travail des professionnelles en soins repose sur notre capacité à forcer des décisions politiques favorables à notre égard, que faisons-nous quotidiennement et collectivement, pour agir à ce niveau ? Quelle est notre stratégie organisationnelle pour engendrer une nouvelle ère politique en phase avec les besoins de la population et les aspirations de nos membres ? Malgré les congrès passés et pour les raisons évoquées précédemment, notre pratique syndicale persiste à se concentrer essentiellement sur trois volets :

- Volet relations de travail/juridique : presque exclusivement concentré à l'échelle locale, ce volet consiste à s'appuyer sur les lois et les conventions collectives en vigueur pour assurer de bonnes conditions de travail. Il y a multiplication des rencontres avec l'employeur afin de le convaincre de se conformer à notre interprétation des textes. En cas de mésentente, le grief et le recours aux tribunaux deviennent les outils de prédilection ;
- Volet influence : consiste à rencontrer et à tenter de convaincre les élus ou les personnes influentes en faisant appel à la bonne foi de l'interlocuteur, à la qualité de l'argumentaire et des données probantes qui lui sont présentées, ou en la capacité de persuasion des personnes représentant le RFIQ dans une relation s'apparentant à du lobbying ;
- Volet communications : consiste à s'appuyer sur des campagnes publicitaires pour sensibiliser la population à ce que nous vivons et montrer aux membres que nous dénonçons la situation.

Évidemment, il s'agit de généralisations. Le RFIQ, le palier fédéral et les syndicats affiliés ont bien sûr parfois recours à d'autres tactiques ou modes d'action. Il en demeure que les volets juridique et d'influence et les communications sont la pierre angulaire de notre pratique syndicale et occupent la majeure partie de nos énergies et ressources. Partant de l'acceptation du fait que les conditions de travail des professionnelles en soins continuent de se détériorer, la prochaine question est la suivante :

- Est-il envisageable de penser qu'en maintenant notre pratique syndicale principalement autour des volets juridique, de l'influence et des communications, nous arriverons un jour à des résultats différents de ceux que nous obtenons depuis les 30 dernières années ?

À ce titre, Albert Einstein nous dirait sûrement que « la folie, c'est de toujours faire la même chose et penser arriver à un résultat différent ». Cette pratique nous a certes permis de réaliser des gains, d'arracher quelques concessions à un gouvernement réfractaire ou d'obtenir des renversements de situation heureux dans le dossier individuel d'une membre, mais elle n'aura

pas permis de mettre fin à la dégradation des conditions de travail des professionnelles en soins, dont l'amélioration est notre mission principale.

Pour emprunter une autre expression, il ne s'agit pas ici de jeter le bébé avec l'eau du bain pour autant. Le recours aux outils juridiques est toujours nécessaire. Garder des communications ouvertes avec les élu-e-s du gouvernement demeure bien utile. Utiliser des communications percutantes est toujours une stratégie pertinente. L'enjeu reste de ne pas s'y limiter et surtout de **s'être bâti auparavant un rapport de force**. Et dans toute organisation syndicale, le rapport de force se bâtit grâce à sa principale ressource de pouvoir pourtant sous-utilisée : la capacité d'unir des travailleuses et travailleurs qui, en se mobilisant, sont en mesure de forcer l'employeur à adopter une position qu'il ne souhaitait pas au départ.

De cette manière, il ne s'agit pas de mettre fin au dépôt de griefs ni d'arrêter de rencontrer les employeurs. Nous avons des obligations à cet égard. Il faut toutefois garder à l'esprit qu'un grief prend jusqu'à trois ans avant de trouver une issue qui n'est, la plupart du temps, pas entièrement favorable, et ce, en dépit des efforts considérables et de toute l'expertise juridique dont nous disposons. Il faut aussi garder à l'esprit que lorsque nous rencontrons les employeurs, ils ne nous craignent pas suffisamment parce qu'ils se doutent que peu de choses changeront d'ici la prochaine rencontre. Ainsi, au fil des réunions, nous discutons souvent des mêmes points inscrits à l'ordre du jour sans qu'il y ait de suivi de la part de l'employeur. Sinon, il prétendra avoir besoin de plus d'explications ou avoir oublié un détail, ou alors nos vis-à-vis changeront et ce sera le retour à la case départ. En somme, on nous fait souvent perdre notre temps. Et tout le temps que nous passons avec eux en rencontre, à nous préparer, à se répéter et à récapituler, nous ne le passons justement pas à aller à la rencontre des membres, à tisser des liens de confiance, à comprendre leurs enjeux et à déterminer les personnes influentes sur chaque unité de soins.

De la même manière, nous investissons beaucoup d'énergie et de ressources pour tenter de convaincre des hommes et des femmes politiques qui, pourtant, ne partagent pas nos intérêts ni nos valeurs. Les trois principaux partis qui se sont partagé le pouvoir depuis les années 90 au Québec nous ont fait la démonstration à maintes reprises qu'ils n'ont à offrir que des reculs, des compressions budgétaires, du faire plus avec moins. Aucun parti au pouvoir, lorsqu'il en a eu l'occasion, n'a eu la volonté de réinvestir massivement dans les artisans des services publics. Aucun n'a eu le courage de saisir l'argent où il se trouve pour majorer les conditions de travail des femmes, qui désertent vers le privé au vu et su de toutes et de tous.

En ce sens, il faut en arriver à l'évidence que nos difficultés à influencer sur la classe politique ne tiennent pas de leur mécompréhension du dossier ou de l'éloquence de notre argumentaire. On peut donc se questionner si la réponse ne se trouve pas davantage derrière le fait que cette classe politique dominante n'a pas intérêt à investir massivement dans les services publics et ne ressent pas de pression de le faire contre son gré, tout cela parce qu'il n'y a pas de rapport de force établi. En effet, nous n'avons pas de stratégie ni de moyens pour imposer un coût politique important à ceux qui ne nous prennent pas au sérieux au sortir d'une rencontre stérile. Et pour être efficace et sérieux, ce coût politique doit être facturé par les 76 000 membres de la FIQ et de la FIQP.

# UN CONGRÈS À L'IMAGE DE CE QUE NOUS VOULONS ÊTRE, ANCRÉ DANS L'ADN DE NOS CONVICTIONS

Ce que le Comité exécutif national vous propose à l'occasion de ce congrès, c'est de retourner à la base de ce qui constitue notre ADN comme organisation syndicale. Si des femmes professionnelles en soins ont fait le choix de s'unir et de créer des organisations qui allaient ensuite se fédérer au sein de la FIQ et de la FIQP, c'est parce qu'elles avaient la conviction que c'est en unissant leurs forces qu'elles allaient être en mesure de mieux défendre leurs intérêts. Parce que seule face à l'employeur, une professionnelle en soins ne peut que subir son arbitraire; ce sont les 50 professionnelles d'une unité de soins, les 3 000 professionnelles d'un CISSS ou les 76 000 à l'échelle nationale qui détiennent un pouvoir difficilement maîtrisable pour tout employeur. Et si ces professionnelles sont appuyées par les membres de leur communauté, par les patient-e-s qu'elles soignent et les organisations qui partagent leurs valeurs, les possibilités sont infinies. Avant même la mise en place de lois censées protéger les travailleuses et travailleurs et l'élection de gouvernements disposés à les écouter, l'histoire de l'humanité foisonne d'exemples où des femmes et des hommes ont déplacé des montagnes par la seule mise en commun de leurs intérêts à travers l'action collective.

Choisir cette avenue n'est pas une mince tâche. Elle nécessite des ressources et de l'énergie consacrée à la compréhension des rapports de pouvoir à l'origine de la dégradation de nos conditions de travail. Cette prise de conscience ne peut que soutenir et ancrer la nécessité d'unir et de pousser à l'action collective les 76 000 professionnelles en soins membres de la FIQ et de la FIQP, en s'assurant que chacune d'entre elles s'y reconnaisse et y trouve sa place. Parce qu'après tout, retrouver notre ADN, c'est être des femmes progressistes, des femmes d'action et des femmes contre toute forme de discrimination.

## DES FEMMES PROGRESSISTES

La nature politique des enjeux qu'affrontent les professionnelles en soins de manière quotidienne ne fait pas de doute. Nous avons démontré dans la partie précédente à quel point des éléments centraux de la détérioration des conditions de travail (surcharge de travail, pénurie, recours aux agences privés de placement, TSO, perte du *care* au profit du *cure*, déshumanisation généralisée des soins, etc.) sont le fruit de décisions et de choix politiques. Qui plus est, la centralisation extrême engendrée par la Loi 10 diminue encore davantage la marge de manœuvre des établissements qui doivent rendre des comptes à Québec. Plus que jamais, nos conditions de travail sont déterminées par Québec. Nos salaires sont déterminés par Québec. L'adoption d'une loi sur les ratios sécuritaires se fera à Québec. Notre retraite est déterminée par Québec. La solution passe donc... par Québec.

Nous avons également brièvement abordé le fait que si les gouvernements qui se sont succédés depuis les 30 dernières années ont engendré cette dégradation éhontée de nos conditions de travail, c'est essentiellement parce qu'ils ne partageaient pas et ne partagent toujours pas nos valeurs et convictions. En prendre conscience est important parce que cela détermine la stratégie nécessaire à adopter. En effet, notre vis-à-vis ne tient pas le même registre que nous.

Nous avons donc vu comment le geste d'améliorer de manière substantielle les conditions de travail des professionnelles en soins ou d'adopter une loi sur des ratios sécuritaires s'inscrit en contradiction avec ce que souhaitent les hommes qui nous dirigent depuis 30 ans. Comme il a été mentionné, les dirigeant-e-s ont à leur disposition une panoplie d'études et de recommandations d'expert-e-s pour agir en ce sens, et pourtant, ils n'agissent pas parce que cela les obligerait à investir de manière importante dans les services publics, à trouver des solutions fiscales pour financer ces investissements et potentiellement à fermer les agences privées de placement. En outre, une telle démarche augmenterait certainement la pression pour majorer les conditions de travail d'autres femmes professionnelles précaires à l'emploi de l'État.

Par ailleurs, en tant que professionnelles en soins, notre ADN est d'œuvrer à la santé de la population que nous soignons. Or, toute politique publique ayant un effet sur la santé de la population a automatiquement un effet sur nos conditions d'exercice. À ce titre, nous sommes d'ailleurs formées quant à l'incidence des déterminants sociaux de la santé. Plus les inégalités socio-économiques augmentent, plus les segments les plus riches de la société s'enrichissent au détriment du reste de la société, plus la population connaît des problèmes de santé et a besoin de nous. En faisant le choix d'offrir des conditions de travail déplorables aux enseignantes et en acceptant collectivement que nos enfants évoluent dans des classes surchargées et dans des locaux à la limite de la salubrité, le gouvernement entraînera indéniablement des conséquences néfastes sur la santé de la population et l'achalandage au CLSC par exemple. Il est démontré que le fait de sous-estimer la nécessité d'agir rapidement sur les changements climatiques aura des conséquences potentiellement importantes sur la santé de la population. La construction massive de condos en milieu urbain plutôt que l'investissement dans le logement abordable aura résolument des répercussions sur la santé de la population que nous soignons.

Les enjeux précédemment mentionnés ne nous touchent pas seulement en tant que professionnelles en soins, mais également comme femme, mère et citoyenne. Ces choix ne sont pas faits sans connaissance de leur effet. L'augmentation des inégalités socio-économiques profite aux plus nantis de notre société. Contraindre les dépenses de l'État contribue à limiter la nécessité de trouver des sources de revenus (auprès des plus nantis) ou permet d'investir dans des multinationales au nom d'emplois qui seront abolis quelques années après. Contraindre les dépenses de l'État permet de stimuler la création d'occasions d'affaire dans le secteur privé (chez les plus nantis). Ne pas agir sur les changements climatiques permet aux entreprises de destiner les sommes qui seraient nécessaires à leur conversion verte en dividendes aux actionnaires. Ne pas investir dans le logement abordable permet de restreindre les dépenses publiques tout en permettant aux promoteurs immobiliers de s'enrichir.

En somme, si les gens qui nous gouvernent prennent des décisions qui sont néfastes à notre endroit en tant que professionnelles, en tant que travailleuses, en tant que femmes, en tant que mères ou en tant que citoyennes, ce n'est pas parce qu'ils manquent d'informations. C'est parce que les intérêts qu'ils défendent ne sont pas les nôtres. Nous militons pour un financement adéquat des services publics, nous considérons que la santé est un droit et non une marchandise et nous souhaitons l'amélioration de l'ensemble des déterminants sociaux de la santé pour la population que nous soignons. Cela fait de nous des femmes progressistes. Et les gens qui prennent les décisions qui perturbent nos conditions de travail et de vie ne le sont pas.

La diffusion des liens et une meilleure compréhension entre les enjeux professionnels, les enjeux de conditions de travail et les enjeux politiques se révèlent des éléments essentiels et servent ensuite à consolider la volonté d'action. Pour tisser ces liens, deux dossiers sont particulièrement porteurs, soit les déterminants sociaux de la santé et les ratios sécuritaires. Ce sont deux enjeux près de la réalité des professionnelles en soins, où les liens s'arriment facilement aux enjeux politiques.

Politiser l'ensemble des membres de la FIQ et de la FIQP représente un objectif récurrent pour les Fédérations. En effet, c'est un travail titanesque et il reste beaucoup de chemin à parcourir à cet égard. La quête doit demeurer que les 76 000 membres puissent expliquer à leur beau-frère ou à leur voisine en quoi nos choix politiques ont une portée déterminante sur leur quotidien au travail ainsi que sur leur santé. À cette fin, il est nécessaire de redoubler d'efforts.

### **C'est pourquoi le Comité exécutif national recommande :**

- 1** Que les déterminants sociaux de la santé et l'adoption de ratios sécuritaires soient la pierre angulaire des efforts de politisation des 76 000 membres des Fédérations ;
- 2** Que les enjeux politiques soient pris en compte dans l'ensemble des dossiers traités par les Fédérations et les syndicats affiliés ;
- 3** Que les Fédérations soutiennent les syndicats affiliés dans les efforts de politisation des 76 000 membres, notamment par la formation d'ambassadrices locales de politisation.

## DES FEMMES D'ACTION

Nous avons déjà évoqué la nécessité de comprendre les relations de pouvoir causant la dégradation des conditions de travail et de vie des professionnelles en soins pour la mise en place d'une stratégie syndicale susceptible de briser le cercle vicieux dans lequel nous sommes plongées depuis les 30 dernières années. Cela nous aide à saisir pourquoi, en dépit des efforts incommensurables que nous déployons au quotidien pour défendre les membres, les résultats demeurent mitigés et certainement insuffisants pour inverser la tendance.

Dans ce qui est proposé ici, il faut souligner le fait que si les résultats ne sont pas au rendez-vous, ce n'est pas faute d'y mettre l'effort. Bon nombre d'entre nous s'épuisent à la tâche et le taux de roulement apparent des militantes des équipes syndicales en témoigne en partie; le travail est titanesque et incessant, sans grande reconnaissance en regard des efforts déployés. C'est une tâche ingrate et le découragement devant l'ampleur de la dislocation du réseau public de santé n'est jamais bien loin.

Cette situation n'est toutefois pas une fatalité. Elle est plutôt tributaire de la nécessité d'adapter notre démarche aux enjeux auxquels nous faisons face. Si nous voulons retrouver le chemin de la victoire, la stratégie que nous adoptons doit impérativement s'adapter au fait que la source de nos problèmes est **politique**.

Par exemple, l'une des tâches qui occupent sans contredit beaucoup de notre temps et de notre énergie combative concerne l'outil juridique qu'est le grief, et la gestion de celui-ci. D'emblée, le grief est un outil qui consiste à s'appuyer sur un texte de loi pour dénoncer le fait qu'une décision émanant de l'employeur semble fautive. Il nous sert ensuite de levier pour tenter de modifier ladite décision, à défaut de quoi il est acheminé aux tribunaux compétents qui auront à trancher.

En ce sens, le grief demeure pertinent. Tirer profit des lois en vigueur pour défendre des droits, surtout individuels, constitue une démarche incontournable. Toutefois, l'outil qu'est le grief a en général bien peu d'incidence sur la source politique des problèmes qui affligent les professionnelles en soins. Bien sûr, la décision favorable d'un tribunal (ce qui est plutôt rare) peut entraîner des changements importants, mais force est de constater que la seule utilisation de cet outil n'est pas à même d'inverser la tendance de dégradation des conditions de travail. Il faut aussi garder à l'esprit que la résolution d'un grief devant les tribunaux peut prendre jusqu'à trois ans, ce qui est suffisant pour tuer toute volonté d'implication ou de mobilisation des personnes lésées. Enfin, un autre aspect négatif de l'utilisation à outrance du grief réside dans le fait que nous consacrons beaucoup de temps et d'énergie souvent aux mêmes personnes, plutôt qu'à la majorité des membres qui n'en déposent pas.

Par ailleurs, une part importante de notre temps et de notre énergie est accaparée par les multiples rencontres avec les employeurs. En tant que représentantes de membres, nous nous faisons un devoir d'assister à chaque rencontre afin de faire valoir les intérêts des professionnelles en soins. La chaise vide n'a jamais été très populaire à la FIQ et à la FIQP. Parce que nous sommes un rouage important de la chaîne de soins, que nous nous appuyons sur des données probantes et de la jurisprudence et que nous développons un argumentaire solide et convaincant à l'aide d'expert-e-s, nous avons espoir de convaincre nos vis-à-vis du bien-fondé de

ce que nous leur présentons. Comment ces employeurs peuvent-ils ignorer le plaidoyer de professionnelles dont le travail est valorisé par toutes et par tous ?

La réponse est simple et nous le répétons : la source des enjeux qui affligent quotidiennement les professionnelles en soins est politique. Dans un établissement de santé, les gestionnaires avec qui nous établissons nos relations de travail ont des comptes à rendre à leur patron, à Québec. Ils doivent composer avec le budget qui leur est imparti et avec les directives ministérielles qui leur sont acheminées. À cet égard, la Loi 10 est venue centraliser encore davantage la chaîne de commandement, de sorte que le moindre faux pas ou la moindre expression discordante de la ligne officielle peut faire l'objet d'une sanction.

Évidemment, les gestionnaires locaux disposent d'une certaine marge de manœuvre et les directives émanant de Québec ne sont pas appliquées uniformément à travers les établissements de la province. Reste que lorsque les gestionnaires n'ont plus d'argument à opposer aux nôtres, leur réflexe est souvent de nous montrer leurs mains liées et nous référer à Québec.

Or, nous avons vu abondamment comment les gens qui nous gouvernent ne partagent pas nos valeurs progressistes et n'ont donc pas la même vision que nous. Ils feront toujours preuve de respect et de courtoisie, de compréhension, d'écoute et même de compassion à notre égard. Mais, lorsqu'on fait le bilan de 30 ans de rencontres au sommet, on doit se rendre à l'évidence qu'occuper la chaise vide ne semble pas avoir d'incidence substantielle sur les conditions de travail des professionnelles en soins.

Enfin, l'utilisation d'outils de communication s'est également révélée un élément important de notre stratégie au cours des dernières années. À l'ère de l'information, notre manière de communiquer notre message revêt une grande importance. Dans ce contexte de médias sociaux où chaque nouvelle, campagne publicitaire ou *meme* peut se propager de façon virale en l'espace de quelques minutes, il faut sans contredit exploiter ces outils. On les utilise pour tenter d'influencer la population et pour obtenir son soutien. Fort-e-s de cet appui populaire, les élu-e-s (autrement réfractaires, mais toujours à la recherche de votes) seront ainsi davantage sensibles et enclins à modifier leur approche à notre égard. On utilise également ces médias pour créer un sentiment d'appartenance des membres envers leur organisation. Cette dernière démontre ainsi qu'elle est bien présente et active dans la défense de leurs intérêts.

Il en demeure que la seule utilisation de ces outils semble avoir un effet bien limité sur notre capacité à inverser la tendance vers la dégradation de nos conditions de travail. La population est bien au fait des enjeux que nous vivons et nous pouvons compter sur son appui depuis pratiquement la naissance de la FIQ. Notamment, un sondage récent commandé par la FIQ révélait que « 94 % des Québécois-es ont affirmé être mal à l'aise à l'idée d'être soigné-e-s par une professionnelle cumulant plus de 16 heures de travail consécutives, tandis que 80 % croient que le personnel hospitalier est surchargé » (QMI, 2017). Par ailleurs, pas moins de 83 % des répondant-e-s affirmaient être en accord avec la mise en place de ratios sécuritaires.

Malgré cet appui indéfectible de la population, il semble que cela ne soit pas suffisant pour inverser la tendance et engendrer des changements au-delà des paroles et des promesses rompues. À notre époque où les nouvelles circulent à grande vitesse sur le fil d'actualité de nos médias sociaux, l'indignation et l'appui de la population semblent éphémères. De la même manière, la vue d'une publicité de la FIQ et de la FIQP est assurément satisfaisante pour une professionnelle en soins qui anticipe son prochain TSO, mais ce sentiment demeure une mention « j'aime » de plus s'il ne se traduit pas en action et en changement au fil du temps.

Pour une membre épuisée qui n'a jamais rencontré physiquement ses représentantes syndicales, un panneau publicitaire de la FIQ et de la FIQP sur l'autoroute fait bien peu pour diminuer le sentiment de distance face à une institution qui se porte garante de ses intérêts après un autre quart de travail à moins 5 sur le plancher.

En somme, le questionnement dans le cadre de ce congrès porte sur notre stratégie globale, à savoir si elle est efficace pour contrer des enjeux qui sont de nature politique. Il s'agit de vérifier si les moyens que nous déployons dans le cadre de notre vision stratégique sont suffisants pour engendrer un nouveau cercle vertueux vers une amélioration immédiate, durable et substantielle de nos conditions de travail.

Un autre angle de réflexion réside également dans la nécessité d'agir sur les éléments que nous maîtrisons, c'est-à-dire nos propres leviers de pouvoir. En ce sens, nous ne contrôlons pas le libellé des lois encadrant notre pratique syndicale ni le positionnement des juges appelés à interpréter ces lois. Nous n'avons pas d'incidence sur la nomination, les motivations et la marge de manœuvre des gestionnaires du réseau de santé, pas plus que sur les élu-e-s qui adoptent les orientations du ministère de la Santé en fonction de leurs intérêts. Nous ne contrôlons pas l'orientation médiatique ni le flux incessant des nouvelles. Or, nous pouvons orienter notre stratégie et les moyens que nous choisissons de déployer pour changer la donne. Nous contrôlons notre programme syndical. Nous avons entre les mains la possibilité de revenir à l'ADN de nos convictions et de retrouver notre principal levier de pouvoir, qui consiste à unir les professionnelles en soins. Par la force du nombre, nous pouvons déplacer des montagnes. Il s'agit donc de donner du poids à notre capacité d'imposer les changements, puis de renforcer **ensuite** ce mouvement collectif par le grief, les recours juridiques, les rencontres avec les employeurs et les campagnes de communication. L'inverse ne semble pas fonctionner.

À cet égard, il serait faux de prétendre que nous n'avons pas essayé de mobiliser les membres. Chaque syndicat affilié à la FIQ et à la FIQP déploie des efforts qui se traduisent souvent par des assemblées où la présence est pour le moins insatisfaisante. Une faible participation à une assemblée ou à une activité syndicale locale ne correspond toutefois pas à une fatalité avec laquelle nous devons maintenant composer. Bien sûr, l'individualisme présent dans notre société peut contribuer à expliquer en partie pourquoi la participation est rarement à la mesure de nos attentes. Évidemment, les conditions de travail extrêmement difficiles de nos membres font en sorte qu'il est possible qu'elles n'aient pas envie de recevoir le bilan financier du syndicat après deux épisodes de TSO de suite. La structure des CISSS et des CIUSSS couvrant parfois des centaines de kilomètres n'aide certainement pas. Il en demeure que nous avons également la responsabilité de nous demander si nous ne sommes pas un peu responsables de notre malheur.

Les concessions faites au mouvement syndical dans la foulée de la Révolution tranquille se sont révélées être un cadeau empoisonné, en quelque sorte, puisqu'elles ont mené à son institutionnalisation<sup>2</sup>. En échange de la reconnaissance de l'acteur syndical, de ses droits et des ressources importante à sa disposition, le mouvement s'est engagé à jouer le jeu et à respecter les règles à cet effet, notamment l'encadrement juridique des relations de travail. Toute tentative d'action en dehors de ce terrain délimité est sévèrement punie, comme la FIQ et ses membres l'ont constaté en 1989 et en 1999.

---

<sup>2</sup> Voir entre autres Mona-Josée Gagnon (1990; 2020)

En conséquence, le mouvement syndical s'est progressivement institutionnalisé. Les ressources à notre disposition nous permettent d'avoir recours à des expert-e-s de différents domaines pour nous conseiller et nous défendre dans le cadre juridique prévu à ces fins. Cette configuration a entraîné une certaine bureaucratisation de l'action syndicale et un éloignement certain de la base au profit de stratégies et de moyens imaginés au sommet de la structure. C'est ce qui fait dire à Jane McAlevey que, dans cette perspective, les travailleuses syndiquées ne sont plus considérées comme essentielles à leur propre émancipation (McAlevey, 2016, p. 19). Cette dernière est désormais entre les mains des élu-e-s locaux-ales, des employées du syndicat ou de la structure dirigeante nationale. Les membres ne sont donc plus considérées comme « sujet actif », et la lutte pour de meilleures conditions de travail est sous-traitée à l'appareil syndical, qui avec ses ressources importantes et ses expert-e-s hérite de cette lourde tâche.

Ce clivage entre les membres cotisantes et l'appareil syndical reçoit l'accord tacite de chacune des parties. Du côté de l'appareil syndical, on conçoit le travail bien fait comme la capacité d'offrir un service rapide et de qualité, de même qu'une bonne prestation dans le rôle de représentant face à l'employeur. Dans cette perspective, les membres ne sont pas sollicitées et la capacité d'offrir un meilleur service ou une bonne performance est tributaire de l'accès à davantage de ressources et de conseils d'expert-e-s. Du côté des membres, la nécessité de s'impliquer dans sa propre émancipation est peu envisagée, puisqu'elles considèrent qu'elles paient déjà pour être représentées et avoir accès à des services.

Or, pour arriver à mobiliser les membres, il est nécessaire de faire éclater cette division entre membres cotisantes et appareil syndical en rééquilibrant notre pratique syndicale. Pour ce faire, il convient de consacrer temps et énergie à la redécouverte de notre principal levier de pouvoir qui consiste à utiliser notre force du nombre pour forcer le changement dès maintenant.

## C'est possible !

D'abord, défaisons l'idée reçue qu'une stratégie syndicale axée sur l'action collective ne serait pas possible dans un syndicat unissant des professionnelles en soins et que toute tentative en ce sens serait vouée à l'échec. L'identité professionnelle et l'attachement envers la profession seraient toujours plus forts que l'attachement envers un syndicat, considéré comme un outil pour des travailleur-euse-s moins qualifié-e-s. Les professionnelles en soins auraient donc des prédispositions antisyndicales, valoriseraient l'autonomie et préféreraient de beaucoup une approche de coopération à une approche de conflit (Krachler et Al., 2020, p. 3-4).

D'emblée, cette conception est difficilement conciliable avec l'histoire même de la FIQ, qui a été le fer de lance de deux des grèves les plus importantes qui ont marqué les services publics du Québec en 1989 et en 1999. Par ailleurs, s'appuyant sur une revue de littérature, Krachler et coll. (Ibid.) démontrent comment la réalité ne colle pas à cette perception. Notamment, les travaux de Briskin (2011 et 2012) illustrent à l'aide de nombreux exemples provenant de divers endroits dans le monde comment les professionnelles en soins sont en mesure d'adopter des approches combatives et collectives leur permettant d'arracher des gains importants.

En ce sens, Krachler et coll. (Op. cit.) démontrent que les facteurs déterminant le succès d'une approche axée sur l'action collective pour un syndicat de professionnelles en soins résident dans trois facteurs :

- La volonté des leaders d'adopter cette approche ;
- L'utilisation efficace des structures internes afin de faciliter la participation et la faculté d'agir des membres ;
- La capacité à construire des alliances avec la communauté en dehors des murs de l'établissement.

Dans la même veine, les travaux de McAleve (McAleve, 2014), basés sur son expérience personnelle à titre de syndicaliste dans le milieu de la santé aux États-Unis, regorgent d'exemples où les travailleuses de la santé ont obtenu des gains substantiels en participant activement et en se mobilisant pour y arriver. Notamment, dans l'environnement des plus hostiles à l'activité syndicale qu'est Las Vegas, où les lois sont très défavorables aux organisations syndicales et où l'individualisme règne, où les entreprises privées milliardaires à la tête des hôpitaux mènent des campagnes actives d'intimidation à l'endroit des organisations syndicales, McAleve révèle comment son équipe a réussi à obtenir des conventions collectives exceptionnelles dans plusieurs hôpitaux. Notamment en impliquant les membres du syndicat afin qu'elles présentent elles-mêmes leurs demandes dans diverses rencontres avec l'employeur, et dans des hôpitaux où des grèves, obtenant l'appui actif de 90 % de l'ensemble des travailleuses d'un même centre hospitalier, ont abouti à des succès importants (Ibid.).

Pour McAleve, la clé du succès réside dans la capacité d'une organisation à augmenter les attentes des membres à l'égard de l'amélioration de leurs conditions de travail en œuvrant activement à la prise de conscience qu'elles obtiendront gain de cause si elles sont placées au cœur de l'action syndicale et qu'il y a un plan pour y arriver. Le syndicat doit alors privilégier la mise en œuvre des moyens pour que les membres se retrouvent au centre de l'action syndicale et ainsi contrer la perception parfois bien réelle que l'organisation est un intermédiaire entre les patrons et les travailleuses. Le syndicat doit redevenir le lieu où les travailleuses s'unissent pour changer les choses, et non pas le lieu où quelques personnes prennent sur leurs épaules la lourde tâche d'améliorer les conditions de travail face à l'employeur ou à un juge. Pour McAleve, la perspective de changer « radicalement les choses », comme nous le souhaitons actuellement dans le réseau public de santé, passe inexorablement par l'action collective, qui ne peut être possible sans que les membres évoluent au centre de cette même action.

Pour y arriver, il faut tout d'abord connaître les membres ! À cet égard et comme nous l'avons mentionné précédemment, la Loi 10 et les centaines de kilomètres qui séparent parfois les installations rendent difficile une telle tâche, raison de plus pour redoubler d'ardeur. Bâtir des outils qui nous permettent de connaître chaque membre sur chaque unité sur chaque quart de travail est un bon début. L'étape suivante est d'ajouter de l'information à ce tableau, à savoir qui est intéressé par la chose syndicale et qui ne l'est pas par exemple. Un tel exercice se révèle essentiel.

Surtout, cette quête doit absolument permettre de recueillir de l'information sur les membres que l'on peut qualifier de leaders organiques. Cet élément abordé à notre congrès de 2017 demeure essentiel. Il importe de consacrer temps et énergie afin de découvrir les leaders organiques présentes dans nos rangs. À titre de rappel, les leaders organiques ne sont pas nécessairement celles qui se présentent à nos assemblées ou qui manifestent un intérêt pour la chose

syndicale. Ce sont celles qui ont de l'influence sur leurs collègues au sein d'une unité ou d'un quart de travail, celles vers qui les collègues se tournent lorsque vient le temps de demander un conseil. Elles sont généralement de bonnes travailleuses et sont reconnues par leurs paires. Elles ne sont toutefois pas nécessairement en faveur du syndicat, bien au contraire parfois. Il en demeure que ce sont vers elles que le syndicat devrait concentrer des efforts et de l'énergie pour les convaincre, les recruter et les mobiliser s'il veut être en mesure de bâtir un mouvement.

Si la découverte des leaders organiques est cruciale, c'est parce qu'elle ouvre la porte à tout un champ de possibilités, ne serait-ce que pour déterminer l'enjeu de première préoccupation sur une unité, une installation, un CISSS ou un CIUSSS. Elle peut ensuite amener les membres concernées à bâtir un plan pour y arriver, un plan dans lequel elles joueront le premier rôle. Il s'agit en outre d'étoffer l'argumentaire et de favoriser leur participation aux rencontres avec l'employeur pour diffuser l'idée que les enjeux sont de nature politique et aider à dresser le portrait des contacts et relations qui peuvent nous aider dans notre lutte de pouvoir.

Dans cet ordre d'idées, un enjeu de ratios insuffisants dans un CHSLD peut bien sûr aboutir au dépôt d'un grief. Or, il devrait surtout commencer par une rencontre avec les travailleuses concernées, par la mise en place d'un plan d'action élaboré avec celles-ci et exécuté par elles, qui pourra culminer par une rencontre avec l'employeur et une conférence de presse avec leur concours.

Les TSO se multiplient en obstétrique? Les travailleuses en ont assez? Les rencontres individuelles avec l'employeur ou le dépôt d'une vingtaine de griefs peuvent avoir un certain effet. La participation des travailleuses elles-mêmes à l'élaboration d'un plan d'action où elles occuperont la place centrale risque d'avoir davantage d'effet et de forcer l'employeur à résoudre le dossier plus rapidement. C'est d'autant plus vrai si les travailleuses sont mises en contact avec des groupes féministes de la région qui les appuient activement par souci d'offrir des conditions de travail humaines aux femmes du département et pour préserver des services d'obstétrique sécuritaires et de qualité.

La multiplication de ce type d'action a certainement un effet d'entraînement. Les membres se parlent d'un département ou d'un quart de travail à l'autre et découvrent, dans l'action, que le pouvoir de changer les choses est entre leurs mains. En ce sens, pour illustrer le changement proposé, le bureau syndical devrait passer progressivement d'un centre d'appel à un quartier général animé où sont coordonnées les actions et les mesures d'appui aux travailleuses qui retrouvent ainsi la nature de leur syndicat, c'est-à-dire d'unir les travailleuses et d'utiliser la force du nombre pour faire contrepoids à l'employeur. De cette manière, le rôle du syndicat évolue du fournisseur d'expertise juridique au facilitateur d'action collective potentielle et le lieu de travail des représentantes syndicales s'étend à la cafétéria de l'hôpital, au stationnement du CHSLD ou aux couloirs du CLSC.

Dans la foulée aussi de ce qui a été présenté en 2017, l'ancrage régional demeure également un levier important à utiliser et à favoriser. Les liens entre les professionnelles en soins et leur communauté sont viscéraux parce que les premières prodiguent des soins au sein même de la collectivité. Les relations sont donc directes et la communauté est généralement très solidaire des professionnelles en soins. Par ailleurs, nos membres font aussi partie de la communauté et tissent des liens avec celle-ci. Un recensement des membres qui connaissent des personnes influentes dans la communauté peut faciliter la création d'alliances afin d'améliorer notre rapport de force.

En somme, le changement de culture syndical qui vous est proposé est important. Encore une fois, il convient de mentionner qu'il ne s'agit pas de travail supplémentaire à accomplir. Nous sommes bien évidemment conscientes que la cour est pleine et que nous peinons à remplir l'ensemble de nos obligations à l'heure actuelle. Ce qui est proposé, c'est justement de libérer de l'espace consacré à la gestion des griefs et aux rencontres avec les employeurs pour investir ce temps et ces énergies à la constitution et à l'exécution d'un plan visant à transformer notre action syndicale en mouvement et à utiliser naturellement notre principal levier de pouvoir qu'est l'action collective. Ce changement se fera graduellement, en respectant le rythme et la particularité de chacune, mais toujours avec l'appui indéfectible des Fédérations.

Nous sommes convaincues que le jour où il fera chaud dans chacun des établissements de santé du Québec, quand les employeurs appelleront en détresse leurs mandants à Québec pour exiger des solutions face à des professionnelles en soins actives, mobilisées et appuyées par leur communauté, alors des élu-e-s à Québec réfractaires à nos valeurs et à nos cris d'alarme depuis des décennies trouveront les ressources pour améliorer les conditions de travail des professionnelles, des travailleuses, des femmes et des citoyennes qui en ont assez de subir l'inacceptable.

### **C'est pourquoi le Comité exécutif national recommande :**

- 4 Que les Fédérations et les syndicats affiliés s'engagent à déployer une part importante de leurs ressources et de leurs énergies pour rééquilibrer l'action syndicale et pour établir un réel rapport de force collective, et que les travaux soient étroitement liés à la planification stratégique;
- 5 Que les Fédérations et les syndicats affiliés s'engagent à déployer ressources et énergies pour redonner le contrôle de l'action syndicale aux membres;
- 6 Qu'un soutien significatif soit offert aux syndicats affiliés afin d'effectuer le virage proposé;
- 7 Qu'un rapport annuel de l'avancement des travaux sur le virage proposé soit présenté à la délégation;
- 8 Qu'une démarche de consultation soit menée auprès des syndicats affiliés afin d'identifier les besoins des équipes pour la mise sur pied et l'opérationnalisation d'un lieu d'action politique, et que le résultat de ces travaux soit présenté au conseil national de décembre 2021.

# DES FEMMES LUTTANT CONTRE LE RACISME SYSTÉMIQUE

« [...] si je manque de reconnaître toutes ces femmes comme d'autres facettes de moi-même, non seulement je participe à l'oppression de chacune d'entre elles, mais je participe aussi à la mienne; et la colère qui se dresse entre nous doit être utilisée pour nous éclairer et nous renforcer mutuellement, et non pour fuir sous couvert de culpabilité ou pour creuser d'autres fossés. Je ne suis pas libre tant qu'une femme reste prisonnière, même si ses chaînes sont très différentes des miennes. Et aussi longtemps qu'une personne de Couleur restera enchaînée, je ne serai pas libre. Ni aucune d'entre vous. »

Audre Lorde

– De l'usage de la colère : la réponse des femmes au racisme

## L'importance de se rappeler nos luttes – lutte contre la violence à la FIQ et à la FIQP

La Fédération écrivait lors de son congrès de fondation que : « la présence, au sein de la société québécoise, d'une nouvelle organisation syndicale féminine sera significative dans la mesure où nous réussirons à articuler une parole publique originale, reflétant des préoccupations, des approches qui nous ressemblent ». Le chemin parcouru par la Fédération témoigne de sa constante préoccupation d'arrimer ses actions aux préoccupations des membres afin d'améliorer leur quotidien. Ainsi, s'inscrire au sein du mouvement des femmes et des luttes féministes devient primordial.

Dans cette optique, la Fédération a fait des enjeux de violence à l'égard des femmes une priorité phare. Dès le congrès de 1988, le secteur Condition féminine a exploré la violence faite aux membres dans un contexte de travail, soit de la part de certain-e-s collègues soit de la part de bénéficiaires, et a réfléchi à des pistes d'intervention afin que cesse cette pratique. C'est aussi à ce moment que la Fédération a établi ses premiers contacts avec des infirmières racisées sur la question du racisme dont elles étaient victimes. Des travaux de réflexion avaient ainsi été amorcés quant à la situation particulière de ces femmes et à leur vécu comme professionnelles dans le réseau de la santé. En 1991, la Fédération réunie en congrès a adopté une déclaration de principe dans laquelle elle s'est engagée fermement à « reconnaître et [à] promouvoir les dispositions incluses dans la Charte québécoise des droits et libertés de la personne ». Elle s'est engagée au surplus à élaborer une politique visant à éliminer toute forme de violence et de harcèlement.

La réflexion de la Fédération a amené la délégation, réunie en conseil fédéral en 1992, à adopter le Projet de politique pour contrer le harcèlement sexuel et racial dans nos établissements. Il s'agissait d'une prise de position importante dans le dossier du racisme à la Fédération et la délégation en a fait un enjeu distinct par cette politique. Dès lors, il y avait un consensus clair à la Fédération que toute forme de harcèlement racial était inacceptable et la Fédération s'est engagée à défendre pleinement les membres qui en sont victime. En novembre 1996, la

délégation réunie a modifié sa Politique pour exprimer clairement qu'elle « reconnaît une responsabilité à la Fédération de lutter contre toute forme de discrimination et de violence qu'elle soit exercée à l'endroit de ses membres ou exercée par ses membres ». Cet amendement a été précédé, en juin de la même année, d'une décision majeure et courageuse dans la lutte contre la violence, c'est-à-dire que la Fédération et ses affiliés « doivent faire preuve d'un préjugé favorable envers la salariée lésée sauf dans les cas visés par la politique pour contrer le harcèlement sexuel et racial ». Voilà un message clair de la Fédération qui exprime sa tolérance zéro en matière de violence de manière générale, et de racisme de manière particulière.

Au congrès de 2001, la Fédération a adopté à l'unanimité la Politique générale pour contrer la violence et a pris l'engagement de se pencher plus particulièrement sur la violence raciale. Cet engagement et les actions qui s'en sont suivies ont mené, en juin 2003, au Plan d'action intitulé Diversité culturelle : créer un milieu de travail solidaire dont l'un des volets concerne la discrimination raciale.

En ont découlé une série d'actions de sensibilisation, d'éducation, d'intervention, de mise en place de diverses politiques avec les employeurs, notamment, pour contrer la violence au travail vécue par l'ensemble des professionnelles en soins. L'étude de la violence au travail en fonction des nouvelles réalités que nous avons réussi à comprendre par la documentation et la recherche de données sur cet enjeu nous a menées à la politique actuelle Vers le bien-être au travail – Politique pour lutter contre la violence, dont la dernière mise à jour date de 2014.

La santé et la sécurité au travail des membres que représentent les Fédérations n'ont jamais été négociables. Et c'est aussi sous cet aspect que vous est présenté l'enjeu de la lutte contre le racisme systémique.

Il nous faut périodiquement nous rappeler les luttes féministes menées par les Fédérations, d'une part, et d'autre part, faire le point sur la nécessité de pousser notre réflexion plus loin et d'adopter nos positions en fonction des réalités plus récemment étudiées et des enjeux contemporains. Le Congrès est un lieu privilégié pour y parvenir.

## Conjoncture

Notre lutte contre le harcèlement et la discrimination raciale, basée sur la dénonciation par les personnes racisées des actes de racisme qu'elles vivent au quotidien et la défense individuelle des membres qui les subissent, relève d'une compréhension partielle des enjeux du racisme.

Il s'agit d'une lutte contre des individus présumés racistes qui a le défaut de faire porter le fardeau sur les personnes racisées elles-mêmes, en ce qu'elles doivent dénoncer des comportements sous peine de possibles conséquences au travail quand il s'agit de professionnelles en soins, ou au détriment de leur santé ou des services auxquels elles ont droit quand il s'agit de racisme vécu en tant que bénéficiaires de soins.

Force est de constater que la lutte contre le racisme pris comme un événement individuel ne suffit pas pour le combattre. La preuve étant que, près de 35 ans après la fondation de notre Fédération, le racisme est aussi présent et pernicieux tant au Québec et au Canada que partout dans le monde.

De manière plus contemporaine, les Fédérations ont été témoins de mouvements sans précédent dans la lutte contre la violence à l'égard des personnes autochtones ou racisées. Que l'on pense aux mouvements *Black Lives Matter* ou *Idle No More*, aux nombreuses manifestations

dans plusieurs villes au Québec en juin 2020 pour dénoncer le racisme systémique et à d'innombrables autres soulèvements de la population, les exemples ne manquent pas.

Les Fédérations ont aussi été témoins de nombreux rapports et de commissions :

- Commission vérité et réconciliation (dont les travaux se sont tenus de 2007 à 2015);
- Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec (rapport Viens déposé en 2019);
- Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (dont les travaux se sont échelonnés de 2016 à 2019);
- Rapport sur interpellations policières à la lumière des identités racisées des personnes interpellées (2019);
- Consultation sur le racisme et la discrimination systémiques dans les compétences de la Ville (Office de la consultation publique, juin 2020);
- Consultation publique portant sur la Politique sur les interpellations policières du SPVM (2020);
- Reconnaissance par la GRC d'avoir appliqué des lois et des politiques racistes (2021);
- Etc.

Elles ont également observé les différents événements qui ont préparé le débat, parfois houleux, sur le racisme systémique au Québec : les attentats du 11 septembre 2001 et la montée de l'islamophobie partout dans le monde y compris au Québec, le débat entourant les accommodements raisonnables et la Charte des valeurs promue par le Parti Québécois, l'attentat raciste et islamophobe à la Mosquée de Québec en janvier 2017, l'élection de Donald Trump dont le discours raciste a fait des vagues jusqu'ici notamment en encourageant des groupes suprématistes blancs à affirmer fièrement leurs valeurs racistes, les nombreux dérapages des médias sur le sujet, notamment les chroniqueurs qui ont fait de la division et de la provocation leur pain et leur beurre, l'augmentation des crimes haineux à caractère racial au Québec et au Canada, etc. Plus récemment, les nombreuses attaques visant les communautés asiatiques et l'arrestation de monsieur Mamadi III Fara Camara ont mis en lumière les conséquences les plus brutales du racisme dans notre société.

Ces listes non exhaustives dénotent l'importance de cet enjeu, la difficulté à le cerner et à comprendre ses composantes, son incidence sur le tissu social et l'importance de ses manifestations. Plus encore, les rapports, les enquêtes et les commissions démontrent clairement que l'ensemble des acteurs civils de notre société ne peuvent plus voir le racisme comme la seule action d'individus mal intentionnés, mais doivent élargir leur horizon et le considérer dans ses manifestations globales.

## Assises de la réflexion sur le racisme systémique

En introduction de la thématique du présent congrès, nous avons observé et analysé comment la détérioration des conditions de travail des professionnelles en soins du réseau est tributaire d'une vision économique érigée en système. Nous avons constaté qu'il n'est pas suffisant de

se porter à la défense de nos membres comme victimes individuelles de ce système pour être en mesure d'inverser la tendance de cette détérioration des conditions de travail et de vie. Les Fédérations doivent s'attaquer à la source, au système, qui crée, maintient et approfondit cette détérioration. Il en va de même si nous souhaitons nous attaquer réellement au racisme.

Comme organisations syndicales porte-étendards de valeurs progressistes de solidarité et de justice, il nous appartient d'être proactives à cet égard et ainsi rejeter clairement toute forme de discrimination. Au-delà de ces manifestations individuelles, la clé réside dans notre détermination à lutter contre le système qui les permet, les protège et les perpétue.

En ce sens, pour être en mesure de comprendre et d'évaluer de manière concrète le contexte dans lequel se situe notre réflexion et les recommandations qui en découlent, la lecture du document **Assises de la réflexion sur le racisme systémique** est un passage obligé. Ce document permet, d'une part, de situer les enjeux dans leur contexte historique et dans leurs manifestations concrètes et, d'autre part, permet de voir plus clair dans le jeu sémantique encouragé par le gouvernement actuel. Ce dernier tente de faire diversion en manipulant les mots et les concepts pour mieux justifier l'absence de volonté d'agir concrètement pour mettre fin au racisme dans notre société.

Si le racisme nous inflige en tant que femmes et citoyennes, il nous perturbe également en tant que travailleuses, professionnelles et syndicalistes. La stratégie de l'autruche n'est pas envisageable à cet égard. L'actualité récente foisonne d'exemples qui le démontrent.

## Incidence du racisme systémique sur la santé des patient-e-s racisé-e-s

Le 28 septembre 2020, nous avons toutes été consternées par la mort de Joyce Echaquan, une femme atikamekw de 37 ans et mère de sept enfants, dans des circonstances des plus troublantes. Nous avons été happées par la violence des propos et l'attitude d'une infirmière et d'une préposée aux bénéficiaires rapportées par l'enregistrement réalisé par madame Echaquan peu de temps avant sa mort, où elle implorait également qu'on lui vienne en aide. Ces paroles d'un racisme et d'un déni de dignité sans équivoque et sans nom nous ont rappelé (si nous en avons encore besoin) que le racisme dans le réseau de la santé et ailleurs reste bien vivant. Si le cas de Joyce Echaquan a eu cet effet, il ne doit pas nous amener à considérer les manifestations plus bénignes du racisme dans les soins de santé comme plus tolérables. Il faut voir cet épisode comme l'apogée visible d'une série de violations des droits des usagers à « recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire » (LSSSS, 2020, art. 5).

Tel qu'analysé dans le document Assises de la réflexion sur le racisme systémique (ci-après, Assises de la réflexion), le racisme est un déterminant social structurel des inégalités en matière de santé, c'est-à-dire qu'il influence les systèmes dont fait partie notre système de santé. Le système de santé quant à lui, influe sur le degré d'équité en matière de santé et de bien-être à l'échelle de l'individu puisqu'il peut faciliter ou non un accès équitable aux soins. Selon l'OMS, l'équité a trait à la « possibilité équitable pour chaque personne d'atteindre tout son potentiel en matière de santé, indépendamment de son origine démographique, sociale ou géographique et de son statut économique ». De simples variations ou différences en matière de santé deviennent des inégalités sociales de santé si elles sont « systémiques, socialement produites (et donc transformables) et injustes » (Shaheen-Hussain, p. 105).

Ce qu'il faut retenir ici, c'est que peu importe la qualification des déterminants sociaux intermédiaires (conditions matérielles, comportements et facteurs biologiques, facteurs psychosociaux et système de santé), « les interventions finissent souvent par privilégier l'atténuation des conséquences du fait de vivre dans la pauvreté, de grandir dans un appartement surpeuplé ou un quartier dangereux, d'avoir un emploi précaire, de fumer » (Ibid.). Celles-ci sont insuffisantes parce qu'elles « tournent le dos à la recherche de l'origine des causes prônée par la CDSS [Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSSS, 2008)] » (Ibid.).

« Quand des minorités raciales sont en mauvaise santé, c'est donc souvent en bonne partie parce qu'elles sont pauvres. Mais ce premier niveau d'analyse en appelle immédiatement un second : si ces minorités sont pauvres, c'est souvent parce qu'elles sont victimes de racisme. S'en tenir au premier niveau de l'analyse – ce qui n'est malheureusement pas si rare – revient ainsi à ignorer le rôle du racisme comme raison première de la mauvaise santé des minorités raciales » (Carde, p. 23).

Les quelques données et statistiques présentées dans les Assises de la réflexion sur le vécu des personnes racisées et autochtones sont autant d'atteintes directes à leur santé. Les données, au-delà des chiffres, démontrent que les personnes racisées et autochtones, **concrètement**, sont plus pauvres, habitent plus souvent des logements inadéquats (lorsqu'on ne leur refuse pas carrément le logement), sont plus souvent victimes de crimes haineux (qui perturbent leur intégrité physique et mentale, entre autres), sont plus souvent interpellées par la police et injustement traitées dans le système de justice, voient leurs enfants pris en charge par les services sociaux dans une plus grande proportion (avec tout ce que ça implique en termes de traumatismes) pour ne donner que quelques exemples. Voici le vrai visage du racisme systémique. Une série d'injustices menant à ce que l'on tolère dans notre société que des personnes aient la vie plus difficile uniquement parce qu'elles sont entre autres autochtones, noires, musulmanes, asiatiques ou latinos.

S'ajoutent à ces facteurs, l'incidence des stéréotypes dans le diagnostic d'un-e patient-e, les accès aux services plus difficiles (géographiquement ou linguistiquement, par exemple), des soins moins personnalisés basés sur une généralisation culturelle du-de la patient-e, des consultations plus brèves, des interventions médicales sans consentement plus fréquentes, des avenues thérapeutiques moins souvent proposées, etc.

Bien sûr, « toutes ces manifestations du racisme sont prises dans l'écheveau des rapports sociaux inégalitaires qui traversent une société : des rapports raciaux, mais aussi de classe, de genre, etc. Ainsi, les individus ne sont pas juste des membres de telle ou telle minorité ou majorité raciale, ils sont aussi hommes ou femmes, riches ou pauvres, immigrants ou non, etc. Ces statuts composent ensemble une combinaison, propre à chacun et chacune, au sein de laquelle l'interaction est étroite. On ne peut donc pas déduire mécaniquement du statut racial de quelqu'un-e l'incidence du racisme sur sa santé : chacun de ces statuts l'y expose ou l'en protège, dépendamment des autres statuts en présence » (Ibid.).

Les Fédérations doivent envoyer un message clair à la population soulignant qu'elles ne toléreront pas et ne cautionneront jamais des gestes racistes à l'égard des patient-e-s ou des bénéficiaires. Comme professionnelles en soins, la santé des citoyennes et des citoyens et leur intégrité physique et psychologique font partie de notre ADN. Comme Fédérations, nos actions se sont toujours inscrites dans cette double responsabilité, à savoir améliorer les conditions de travail des professionnelles en soins afin d'améliorer les soins auxquels la population a droit. Il en va de la protection même du système public de santé québécois qui se veut et doit demeurer un service universel, accessible et sécuritaire pour toutes les personnes, peu

importe leur couleur de peau, leur origine ou leur religion. La santé des personnes racisées et des Autochtones dépend aussi de la confiance qu'elles portent aux institutions publiques qui les servent.

Le racisme s'impose plus que jamais comme un enjeu de santé publique (ACSP, 2018) contre lequel nous devons tous lutter en fonction de nos niveaux d'intervention. La corrélation entre les déterminants sociaux et la racisation est claire. « Nous le savons grâce aux nombreuses études menées, et négliger ces savoirs constitue en soi du racisme systémique. Les politiques publiques sont donc des moteurs importants de cette systématisation, et ce, bien plus que les intentions racistes. [...] Une approche des politiques publiques fondées sur l'interdépendance des droits a pour grand mérite d'éviter d'isoler les problèmes et de confiner le racisme à la seule sphère des préjugés d'une petite minorité » (Lamarche, p. 120).

## Incidence du racisme sur les membres racisées

« I don't trust you anymore, you keep saying "Go slow" »

Nina Simone

Les Fédérations doivent ici avoir l'humilité d'indiquer qu'elles ne sont pas en mesure de déterminer, de manière empirique ou précise, les conséquences du racisme sur leurs membres racisées ou autochtones dans leur prestation de travail et leurs interactions avec leurs collègues ou avec les patient-e-s.

Il serait commode de pouvoir dire que, hormis quelques cas portés à notre attention ou médiatisés, le racisme ne touche pas nos membres racisées. Il serait d'autant plus pratique de pouvoir mettre cette absence de connaissance sur le fait que l'absence de plainte en matière de racisme des membres racisées est la preuve que cet enjeu ne les affecte pas. Évidemment, il n'en est rien.

Lorsque la FIQ, à la fin des années 80, à l'instar d'autres groupes féministes s'est mise à se pencher sur la violence au travail subie par les professionnelles en soins, elle a réagi de manière courageuse. En effet, malgré le peu de données dont elle disposait sur la question, elle savait qu'il n'y avait pas de fumée sans feu et que la question qui touchait à la dignité et à l'intégrité de ses membres ne pouvait être laissée au hasard ni reportée. C'est dans cette démarche que les Fédérations s'inscrivent pour leurs membres racisées et la violence qu'elles vivent trop souvent en silence. Pour être combattu, le racisme systémique, comme tous les enjeux de santé et de sécurité au travail, doit s'appuyer sur des données probantes. Aujourd'hui, les Fédérations n'y échappent pas et en sont très conscientes.

Les Fédérations envoient un message clair à leurs membres racisées et autochtones : nous répondrons présentes pour vous défendre face à des actes racistes et nous prendrons part à vos luttes pour l'atteinte d'une réelle égalité. Nous ne tolérerons qu'aucune d'entre vous, sur la base de sa couleur de peau, de son origine ou de sa religion ne puisse être en sécurité dans son milieu de travail et ne puisse aspirer à consacrer pleinement son temps et son énergie à ses activités de professionnelle en soins épanouie, et ce, peu importe la provenance de cette violence, qu'elle émane de patient-e-s, de collègues de travail ou d'employeurs.

Le mandat de représentation des Fédérations s'étend à l'ensemble de ses membres. Elles portent la voix de toutes les membres qui la composent. Le mouvement syndical a besoin de chacune d'entre elles et doit sincèrement se demander non seulement quel rôle il peut jouer pour aider les personnes racisées, mais aussi et surtout quelle place il fait et peut leur faire dans ses rangs. Bien qu'elles soient conscientes que le changement de mentalités et de structures peut prendre du temps et qu'il ne se fait pas en criant ciseaux, les Fédérations doivent donner l'exemple et être des leaders sur cette question.

## Le principe de Joyce Echaquan

Les circonstances de la mort de Joyce Echaquan resteront gravées dans notre mémoire pour toujours tant les gestes et les paroles racistes qu'elle a subis étaient d'une rare violence. L'idée de voir une infirmière et une préposée aux bénéficiaires, dont le travail est de soigner, s'en prendre autant à la dignité d'une personne malade et vulnérable nous choque au plus profond de nous-mêmes. Les rapports et les enquêtes sur les réalités autochtones se succèdent (et se ressemblent) et pourtant, nous sommes toujours témoins du racisme dans nos institutions publiques.

Comment mettre fin à ce cycle de violence? Comment changer de manière significative les violences faites aux Autochtones mille fois dénoncées et recensées? Que faut-il de plus qu'une vidéo montrant une femme atikamekw dans de telles souffrances pour reconnaître le problème et vouloir y mettre un terme de façon globale et sincère? Combien de Joyce Echaquan n'avons-nous pas crues ou combien de comportements de professionnelles en soins avons-nous excusés ou minimisés à défaut d'avoir la preuve non contestable des agressions sur vidéos?

Depuis la mort de Joyce Echaquan, d'autres événements ont mis en lumière le comportement de professionnelles en soins qui, bien que parfois ne relèvent pas d'une violence et d'un racisme aussi crus que ceux dont on a été témoin, dénotent néanmoins une nécessité de comprendre et de s'attaquer à ce problème d'une manière systémique.

Le gouvernement Legault, par son refus de reconnaître le racisme systémique, veut nous convaincre que le racisme dans nos institutions publiques commis par les paroles et les gestes de ses employées se règle à coup de mesure disciplinaire et de congédiement à la pièce. **Comprenons-nous bien, les Fédérations n'excusent pas et n'excuseront jamais les propos, attitudes ou comportements racistes et les conséquences découlant de ses comportements,** même et surtout lorsqu'ils sont ou seront attribués à des membres que nous représentons. Notre Politique de tolérance zéro est claire à ce sujet.

Or, ce que les Fédérations disent, c'est qu'elles n'accepteront pas que ces personnes, aussi fautives peuvent-elles être par leurs actes ou leurs propos dégradants, soient utilisées comme boucs émissaires par le gouvernement pour taire le problème beaucoup plus grand et qui dépasse les individus eux-mêmes, soit le racisme systémique au Québec et dans les institutions gouvernementales. Faire porter le racisme uniquement sur les épaules d'individus est non seulement contre-productif et insuffisant, mais démontre une incompréhension et une ignorance totales des actions qu'il faut poser pour l'éliminer.

La responsabilité de maintenir un climat de travail exempt de violence et d'offrir des soins de santé et des services sociaux sécuritaires à la population demeure celle des institutions qui composent nos services publics, et c'est sous cet angle que nous devons agir.

On ne saurait se contenter de la simple succession de congédiements parmi nos membres sans la reconnaissance parallèle par le gouvernement et les employeurs du réseau de la santé que le racisme systémique existe et qu'il faut mettre en place des mesures structurantes pour lutter efficacement contre celui-ci. Nous le répétons, rien dans ce qui est demandé ici ne peut être interprété comme une minimisation des actes de racisme.

En novembre 2020, à la suite du décès de Joyce Echaquan, le Conseil des Atikamekw de Manawan (CDAM) et le Conseil de la Nation Atikamekw (CNA) ont présenté aux gouvernements du Canada et du Québec un mémoire qui est connu sous le nom de Principe de Joyce (CDAM et CNA, 2020). « Ce principe est une déclaration, un appel à l'action et à l'engagement lancé auprès des gouvernements afin que cesse une situation intolérable et inacceptable » et son adoption, par les gouvernements du Québec et du Canada « vise à garantir à tous les Autochtones un droit d'accès équitable, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé, ainsi que le droit de jouir du meilleur état possible de santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle ».

Dans le Principe de Joyce, le CDAM et le CNA indiquent qu'ils entendent « continuer à rassembler les appuis des usagers, ainsi que de tous les acteurs et les décideurs du domaine de la santé et des services sociaux afin de s'assurer de changements pérennes et en profondeur ». Les Fédérations croient qu'il est essentiel de prendre part à cette initiative en encourageant et en soutenant l'adoption du Principe de Joyce. Étant elles-mêmes des actrices importantes dans le domaine de la santé et des services sociaux, elles doivent être des leaders dans la lutte contre le racisme systémique au Québec. Entre autres exigences, le Principe de Joyce invite le gouvernement du Québec à :

- Établir un bureau d'ombudsman à la santé des Autochtones ;
- Nommer un membre autochtone sur toutes les instances décisionnelles touchées par le Principe de Joyce ;
- Mettre en place des mesures qui facilitent la mobilité des ressources humaines qui dispensent les services en santé et services sociaux aux Autochtones ;
- Soutenir financièrement les autorités autochtones concernées afin de mettre en place des campagnes de sensibilisation et d'éducation populaire sur les réalités autochtones ;
- Encourager les acteurs de la société civile à prévenir, à dénoncer et à condamner toute manifestation de racisme envers les Autochtones.

Le Principe de Joyce invite aussi les établissements d'enseignement dans les domaines de la santé et des services sociaux à adopter une série de mesures visant la formation des étudiants sur la réalité autochtone en décolonisant les contenus de cours et l'enseignement sur l'ensemble de son programme y compris la formation continue.

De plus, il demande au gouvernement de modifier le Code des professions de manière à implanter des formations récurrentes et obligatoires relatives au contenu du Principe de Joyce. Quant aux ordres professionnels du domaine de la santé et des services sociaux, il leur demande de nommer une personne autochtone sur leur conseil d'administration.

Finalement, en regard des organisations de santé et de services sociaux, il les invite à s'engager à la formation continue, à mettre en place les mesures nécessaires à la sécurisation cultu-

relle des Autochtones et à prévenir, dénoncer et condamner toute manifestation de racisme envers les Autochtones.

Reconnaître le racisme systémique et adopter le Principe de Joyce permettra, d'une part, aux employeurs du réseau de la santé d'avoir les ressources nécessaires pour y faire face. Cela comprend bien sûr les budgets, mais aussi les ressources spécialisées pour mieux comprendre comment aborder un problème aussi important. Nous devons passer du discours qui vise « la chasse aux pommes pourries » à une mobilisation commune et sincère de l'ensemble de la population contre un ennemi commun, à savoir le racisme systémique. Et l'application du Principe de Joyce est un pas considérable dans cette direction.

D'autre part, la reconnaissance des sources, de la profondeur du problème et de l'effort collectif que doit faire la majorité pour y remédier permettra d'accepter l'idée que les personnes racistes (donc mauvaises) ne sont pas les seules à tenir des propos ou à avoir des attitudes racistes et que leurs comportements ne sont pas toujours intentionnels ou conscients. L'acceptation par les personnes de la majorité blanche qu'elles peuvent être de bonnes personnes et, malgré tout, tenir des propos racistes ouvrira à la réflexion collective et à la prise de conscience nécessaire pour comprendre nos biais raciaux, nos préjugés et nos stéréotypes.

Dans ces conditions, à terme et notamment sur le plan des relations de travail dans le réseau de la santé, les employeurs auront des outils variés pour sensibiliser et aider leurs employées à reconnaître ce sur quoi elles doivent travailler. Les discussions sur l'enjeu de race seront décomplexées, les différent-e-s acteur-trice-s de la société (dont font partie les médias) seront moins porté-e-s à tenter des procès d'intentions et la chef de service aura le recul nécessaire, la légitimité et la crédibilité de prétendre à d'autres interventions auprès de ses employées, outre le congédiement. La légitimité et la crédibilité en question s'acquièrent par une réelle et pleine prise en charge du racisme systémique.

Et ce n'est qu'en témoignant concrètement d'une démarche de société pleine et sincère que les personnes racisées et les Autochtones pourront développer à nouveau une confiance dans nos institutions.

La prévention a toujours été considérée par les Fédérations comme étant la meilleure protection pour lutter contre les différents dangers et la violence dans un milieu de travail. Cette violence ne fait pas exception. Soulignons que penser autrement ne fera pas disparaître les comportements racistes du jour au lendemain, pas plus qu'il est réaliste de penser que le racisme systémique disparaîtra quand les racistes auront disparu (Murray Sinclair dans Shaheen-Hussain, p. 134).

Les syndicats et les employeurs ont le pouvoir, le devoir et la responsabilité de s'attaquer au racisme systémique dans le réseau de la santé. Les Fédérations, au nom de leurs valeurs féministes ne peuvent demeurer des spectatrices de cet enjeu. Nous n'en sommes pas toujours personnellement et individuellement responsables, mais nous devons être responsables collectivement d'y mettre fin.

## C'est pourquoi le Comité exécutif national recommande de :

- 9 Que les Fédérations adoptent une position claire et ferme quant à l'existence du racisme systémique et quant à leur volonté de contribuer à son élimination ;
- 10 Que soit ajouté à sa déclaration de principes que le RFIQ est une organisation qui lutte contre toutes les formes de racisme et de discrimination raciale ;
- 11 Que les modifications nécessaires soient apportées à la Politique pour lutter contre la violence du RFIQ afin d'inclure et de caractériser toute forme de racisme ou de discrimination raciale comme une forme sans équivoque de violence ;
- 12 Que soient créées des alliances avec d'autres acteurs de la société civile afin de développer une solidarité et une vision communes de l'enjeu du racisme systémique et de la façon de s'y attaquer ;
- 13 Que les Fédérations appuient le Principe de Joyce ;
- 14 Que soit créé un comité ad hoc composé d'une responsable politique volontaire, de deux conseillères syndicales et de six militantes, dont quatre personnes racisées, qui viserait à :
  - Documenter et analyser la représentativité des membres racisées dans la délégation et faire des recommandations au Comité exécutif national ;
  - Recenser les cas de racisme ou de discrimination raciale envers nos membres afin de connaître le contexte dans lequel ils se sont produits et de trouver des solutions ;
  - Définir des moyens d'information et d'action afin que les membres deviennent des agentes d'élimination du racisme et faire des questions raciales un axe transversal au sein des Fédérations ;
- 15 Que soit poursuivie la réflexion collective sur les enjeux raciaux, à tous les niveaux des Fédérations et par toutes celles qui les composent, en offrant notamment des espaces fréquents où elle pourra se développer.

## CONCLUSION

La réflexion qui vous est soumise dans le cadre de ce congrès ainsi que la démarche qui l'accompagne sont animées par la double mission inscrite dans notre déclaration de principes : le RFIQ est une force collective au service de l'amélioration des conditions de travail et de vie de ses membres ainsi qu'un agent de changement social, œuvrant au bien-être de la société à laquelle nous prodiguons des soins quotidiennement. Ce congrès se veut donc un moment privilégié pour marquer un temps d'arrêt et procéder avec humilité et courage à l'examen de nos pratiques actuelles et de celles à notre disposition pour remplir notre objectif au meilleur de nos capacités.

Pour être en mesure d'y arriver, il était nécessaire de se rappeler d'abord quel est l'ADN de nos actions afin de forger une stratégie permettant de les actualiser, de les incarner et éventuellement de les faire triompher. De tout temps, des femmes et des hommes ont choisi d'unir leurs forces afin de faire contrepoids à un pouvoir qui assujettit, qui corrompt, qui discrimine en fonction de ses propres intérêts. De tout temps, ces mêmes femmes et hommes ont été en mesure de vaincre des forces en apparence immuables grâce à leur détermination, à leur cohésion et à leur volonté. L'utilisation consciente et réfléchie d'un pouvoir collectif capable de faire fléchir le pire des despotes est l'arme que nous possédons pour renverser les idéologies les plus profondément ancrées et les systèmes les plus oppressifs. Il nous appartient donc d'être conscientes de notre pouvoir et de nous en servir à bon escient.

Des professionnelles en soins visionnaires nous ont précédées et ont choisi justement de bâtir notre organisation pour atteindre ce but ultime. Elles ont rendu possible le fait qu'aujourd'hui nous sommes en train de lire ces lignes avec la même détermination que lorsqu'elles ont commencé nos luttes. Ces professionnelles en soins, bien conscientes du fait que l'union des forces était nécessaire pour dépasser le rôle de garde-malade au grand cœur, ont cru possible la transformation en ce que nous sommes aujourd'hui : des professionnelles, des travailleuses, des femmes et des citoyennes déterminées à se faire justice. Nous sommes des professionnelles en soins conscientes du fait que l'union était nécessaire pour contrecarrer un pouvoir masculin à la source de l'iniquité salariale et du peu de considération pour nos enjeux spécifiques. Il s'agit là, sans conteste, des fondements de la création du regroupement des Fédérations que nous sommes, résolument indépendantes, résolument féministes et résolument guidées par des valeurs de justice sociale.

Aujourd'hui, nous constatons que nous faisons face à un adversaire puissant. Un adversaire qui possède les leviers des pouvoirs exécutif, législatif et judiciaire afin d'asseoir une vision de la société qui n'est pas la nôtre. Dans cette optique, ce pouvoir ne sera convaincu que si nous le forçons à le faire. Notre adversaire nous divise pour mieux régner et a à sa disposition une panoplie d'outils destinés à imposer sa vision de la société. Tant pis si la majorité considère sa vision déraisonnable, irréaliste et idéaliste, il utilise les mêmes méthodes depuis 30 ans en dépit du bilan désastreux qu'il nous lègue : un réseau public de santé en lambeaux, des professionnelles en soins qui désertent pour sauver leur peau, des inégalités socio-économiques qui menacent notre cohésion sociale et notre santé, le traitement toujours superficiel des enjeux féministes et un environnement en dégradation condamnant les générations futures.

Pour affronter un tel adversaire, nous n'avons pas les moyens de laisser sur la touche notre principal levier de pouvoir et nous devons cesser de nous épuiser à « pelleter du sable avec un pic » (McAlevy, 2014, p. 93). Nos convictions doivent impérativement être appuyées par notre

raison d'être : s'unir et utiliser notre force collective pour améliorer nos conditions de travail et de vie, et pour le bien-être de la population que nous soignons.

De la même manière, la lutte à la discrimination sur la base du sexe est un élément constitutif de l'ADN de nos convictions. En tant que féministes, nous savons trop bien que la persistance de l'inégalité entre les hommes et les femmes est tributaire de son caractère systémique et que l'atteinte de la pleine égalité passe par le changement du système qui y fait obstacle. À ce titre, la lutte au racisme systémique loge à la même enseigne et doit donc s'inscrire tout naturellement dans l'ADN de nos convictions. Comme féministes, nous devons utiliser ce vécu pour combattre auprès des personnes racisées et autochtones et aussi se rappeler que nos luttes relèvent du même objectif : l'atteinte d'une justice sociale.

Les changements que le Comité exécutif national vous propose dans le cadre de ce congrès ne sont pas exempts d'obstacles, ni d'embûches. Nous apprendrons par nos essais et de nos erreurs, mais nous avancerons. Nous prendrons aussi le temps nécessaire pour installer concrètement ce changement. Si ce congrès ne renferme pas de garantie de succès, il propose néanmoins une garantie de moyens. Le Comité exécutif national est convaincu que le virage proposé est nécessaire et urgent. Il ne ménagera pas ses ressources et ses énergies afin d'appuyer l'ensemble des syndicats affiliés dans la création de cette cohésion et cette détermination collective qui nous mèneront assurément vers des chemins d'espoir et de victoire. Un changement de paradigme est nécessaire et le Comité exécutif national est absolument convaincu qu'avec la détermination de ses syndicats affiliés et de ses membres, nos convictions formeront, plus que jamais, l'ADN de nos actions.

# RECOMMANDATIONS

## **Le Comité exécutif national recommande :**

### **Recommandation 1**

Que les déterminants sociaux de la santé et l'adoption de ratios sécuritaires soient la pierre angulaire des efforts de politisation des 76 000 membres des Fédérations.

### **Recommandation 2**

Que les enjeux politiques soient pris en compte dans l'ensemble des dossiers traités par les Fédérations et les syndicats affiliés.

### **Recommandation 3**

Que les Fédérations soutiennent les syndicats affiliés dans les efforts de politisation des 76 000 membres, notamment par la formation d'ambadrices locales de politisation.

### **Recommandation 4**

Que les Fédérations et les syndicats affiliés s'engagent à déployer une part importante de leurs ressources et de leurs énergies pour rééquilibrer l'action syndicale et pour établir un réel rapport de force collective, et que les travaux soient étroitement liés à la planification stratégique.

### **Recommandation 5**

Que les Fédérations et les syndicats affiliés s'engagent à déployer ressources et énergies pour redonner le contrôle de l'action syndicale aux membres.

### **Recommandation 6**

Qu'un soutien significatif soit offert aux syndicats affiliés afin d'effectuer le virage proposé.

### **Recommandation 7**

Qu'un rapport annuel de l'avancement des travaux sur le virage proposé soit présenté à la délégation.

### **Recommandation 8**

Qu'une démarche de consultation soit menée auprès des syndicats affiliés afin d'identifier les besoins des équipes pour la mise sur pied et l'opérationnalisation d'un lieu d'action politique, et que le résultat de ces travaux soit présenté au conseil national de décembre 2021.

### **Recommandation 9**

Que les Fédérations adoptent une position claire et ferme quant à l'existence du racisme systémique et quant à leur volonté de contribuer à son élimination.

### **Recommandation 10**

Que soit ajouté à sa déclaration de principes que le RFIQ est une organisation qui lutte contre toutes les formes de racisme et de discrimination raciale.

### **Recommandation 11**

Que les modifications nécessaires soient apportées à la Politique pour lutter contre la violence du RFIQ afin d'inclure et de caractériser toute forme de racisme ou de discrimination raciale comme une forme sans équivoque de violence.

### **Recommandation 12**

Que soient créées des alliances avec d'autres acteurs de la société civile afin de développer une solidarité et une vision commune de l'enjeu du racisme systémique et de la façon de s'y attaquer.

### **Recommandation 13**

Que les Fédérations appuient le Principe de Joyce.

### **Recommandation 14**

Que soit créé un comité ad hoc, composé d'une responsable politique volontaire, de deux conseillères syndicales et de six militantes, dont quatre personnes racisées, qui viserait à :

- Documenter et analyser la représentativité des membres racisées dans la délégation et faire des recommandations au Comité exécutif national;
- Recenser les cas de racisme ou de discrimination raciale envers les membres afin de connaître le contexte dans lequel ils se sont produits et de trouver des solutions;
- Définir des moyens d'information et d'action afin que les membres deviennent des agentes d'élimination du racisme et faire des questions raciales un axe transversal au sein des Fédérations.

### **Recommandation 15**

Que soit poursuivie la réflexion collective sur les enjeux raciaux, à tous les niveaux des Fédérations et par toutes celles qui les composent, en offrant notamment des espaces fréquents où elle pourra être développée.

## BIBLIOGRAPHIE

ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE (ACSP). *Racisme et santé publique*, Ottawa, [En ligne], [<https://cpha.ca/sites/default/files/uploads/policy/positionstatements/racism-positionstatement-f.pdf>] (Consultée le 1<sup>er</sup> avril 2021)

BEAULNE, Pierre. « La politique d'austérité budgétaire au Québec après la crise financière » *Institut de recherche et d'information socio-économique (IRIS)*, [En ligne], 2018, [<https://iris-recherche.qc.ca/blogue/la-politique-d-austerite-budgetaire-au-quebec-a-la-suite-de-la-crise-financiere>] (Consultée le 25 mars 2021)

BOIVIN, Simon. « Déficit zéro: douloureux coup de barre », *Le Soleil*, [En ligne], 2009, [<https://www.lesoleil.com/affaires/deficit-zero-douloureux-coup-de-barre-f1fb2e612ecd7c676b912de09d979a67>] (Consultée le 1<sup>er</sup> avril 2021)

BRISKIN, Linda. *The militancy of nurses and union renewal*, *Transfer: European Review of Labour and Research*, 2011, vol. 17, no. 4: 485-499.

BRISKIN, Linda. *Resistance, Mobilization and Militancy: Nurses on Strike*, *Nursing Inquiry*, 2012, vol. 19, no. 4: 285-296.

CARDE, Estelle. « Racisme et santé », *Revue Droits et libertés*, [En ligne], vol. 35, no. 2, 2017, [<https://liguedesdroits.ca/racisme-et-sante/>] (Consultée le 1<sup>er</sup> avril 2021)

COMMISSION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ (CDSS). « Comblé le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé », *Rapport final OMS*, [En ligne], 2008, [[https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/fr/](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/)] (Consulté le 9 avril 2021)

CONSEIL DES ATIKAMEKW DE MANAWAN et CONSEIL DE LA NATION ATIKAMEKW (CDAM et CNA). *Mémoire du Principe de Joyce*, Présenté au Gouvernement du Canada et au Gouvernement du Québec, [En ligne], Novembre 2020, [[https://www.atikamekwsipi.com/public/images/wbr/uploads/telechargement/Doc\\_Principe-de-Joyce.pdf](https://www.atikamekwsipi.com/public/images/wbr/uploads/telechargement/Doc_Principe-de-Joyce.pdf)] (Consulté le 9 avril 2021)

DUCHAINE, Gabrielle et Al. « Fuite vers le privé », *La Presse*, [En ligne], 8 février 2021, [<https://www.lapresse.ca/covid-19/2021-02-08/infirmieres/fuite-vers-le-prive.php>] (Consultée le 25 mars 2021)

GAGNON, Mona-Josée. « Le syndicalisme : Institution et mouvement social », article publié dans l'ouvrage sous la direction de Vincent Lemieux, *Les institutions québécoises : leur rôle, leur avenir*. Colloque du 50<sup>e</sup> anniversaire de la Faculté des sciences sociales de l'Université Laval, pp. 187-196. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 1990, [En ligne], [[http://classiques.uqac.ca/contemporains/gagnon\\_mona\\_josée/syndicalisme\\_institution/le\\_syndicalisme\\_institution.pdf](http://classiques.uqac.ca/contemporains/gagnon_mona_josée/syndicalisme_institution/le_syndicalisme_institution.pdf)] (Consultée le 25 mars 2021)

GAGNON, Mona-Josée et Thomas COLLOMBAT. « Petite histoire du syndicalisme québécois », *Liberté*, 2020, no. 326 : 55-58.

GRENIER, Josée et BOURQUE, Mélanie. *L'évolution des services sociaux du réseau de la santé et des services sociaux du Québec - La NGP ou le démantèlement des services sociaux*, Université du Québec en Outaouais, [En ligne], 2014, [[https://www.cocqsida.com/assets/files/MSSS\\_Demantelement\\_Progressif.pdf](https://www.cocqsida.com/assets/files/MSSS_Demantelement_Progressif.pdf)] (Consultée le 1<sup>er</sup> avril 2021)

KRACHLER, Nick, Jennie AUFFENBERG et Luigi WOLF. *The Role of Organizational Factors in Mobilizing Professionals: Evidence from Nurses Unions in the United States and Germany*, *British Journal of Industrial Relations*, June 2020.

LAMARCHE, Lucie et Christian NADEAU. « Antiracisme et interdépendance des droits », dans ZAAZAA, Amel et Christian NADEAU (dir.), *11 brefs essais contre le racisme : Pour une lutte systémique*, Montréal, Éditions Somme toute, 2019, 156, p. 117-124.

LESSARD, Denis. « Mises à la retraite massives: l'objectif de l'État a-t-il été atteint? », *La Presse*, [En ligne], 2010, [<https://www.lapresse.ca/actualites/dossiers/la-presse-est-a-vous/201010/23/01-4335428-mises-a-la-retraite-massives-lobjectif-de-letat-a-t-il-ete-atteint.php>] (Consultée le 1<sup>er</sup> avril 2021)

LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (LSSSS). [En ligne], 2020, chapitre S-4.2, Québec, [<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/S-4.2.pdf>] (Consultée le 1<sup>er</sup> avril 2021)

MCALLEVEY, Jane. *Raising Expectations and Raising Hell: My Decade Fighting for the Labor Movement*, 2014, Verso, Brooklyn.

MCALLEVEY, Jane. *No Shortcuts. Organizing for Power in the New Gilded Age*, 2016, Oxford University Press, New York.

MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Création d'un groupe de travail national sur les effectifs infirmiers au Québec*, communiqué de presse, [En ligne], 2020, [<https://www.newswire.ca/fr/news-releases/creation-d-un-groupe-de-travail-national-sur-les-effectifs-infirmiers-au-quebec-860332011.html>] (Consulté le 9 avril 2021)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Le financement du système public de santé et de services sociaux du Québec*, 2000, Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Rapport du Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière*, 2001, Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Rapport final de la Table nationale de concertation sur la main-d'œuvre en soins infirmier*, 2008, Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Recherche sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières du Québec portant sur le choix du statut d'emploi, sur le potentiel de disponibilité et sur les perspectives de cheminement de carrière*, 2003, Québec.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). *Comblent le fossé en une génération Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux*, *Commission des déterminants sociaux de la santé - rapport final*, [En ligne], 2008, Genève, [<https://www.who.int/social-determinants/thecommission/finalreport/fr/>] (Consultée le 1<sup>er</sup> avril 2021)

QMI, « Les Québécois conscients de la surcharge de travail des professionnels de la santé, dit la FIQ », *Journal de Québec*, [En ligne], 2017, [<https://www.journaldequebec.com/2017/10/29/les-quebecois-conscients-de-la-surcharge-de-travail-des-professionnels-de-la-sante-dit-la-fiq>] (Consultée le 1<sup>er</sup> avril 2021)

SHAHEEN-HUSSAIN, Samir. *Plus aucun enfant autochtone arraché. Pour en finir avec le colonialisme médical canadien*, Montréal, Lux Éditeur, 2021, 479 p.

# NOS **CONVICTIONS** L'ADN DE NOS **ACTIONS**

## NOTES



FIQ | SECTEUR PRIVÉ

REGROUPEMENT  
DES FIQ

### **FIQ Montréal** | Siège social

1234, avenue Papineau, Montréal (Québec) H2K 0A4 |  
514 987-1141 | 1 800 363-6541 | Téléc. 514 987-7273 | 1 877 987-7273 |

### **FIQ Québec** |

1260, rue du Blizzard, Québec (Québec) G2K 0J1 |  
418 626-2226 | 1 800 463-6770 | Téléc. 418 626-2111 | 1 866 626-2111 |

[fiqsante.qc.ca](http://fiqsante.qc.ca) | [info@fiqsante.qc.ca](mailto:info@fiqsante.qc.ca)

