

MÉMOIRE

DÉPOSÉ À LA COMMISSION DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX
Le 10 mai 2023

30 propositions pour une réforme démocratique du réseau de la santé et des services sociaux

Dans le respect des professionnelles en soins et du caractère public du réseau



Avant-propos

La Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec-FIQ et la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec | Secteur privé-FIQP représentent plus de 80 000 professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires, soit la grande majorité des infirmières, des infirmières auxiliaires, des inhalothérapeutes et des perfusionnistes cliniques œuvrant dans les établissements de santé et de services sociaux québécois. La FIQ et la FIQP se composent d'expériences de travail très variées auprès de divers types de bénéficiaires. Cet enracinement au cœur du réseau de la santé alimente leur expertise prisée et reconnue par les décideurs de tous les horizons.

Témoins privilégiés du fonctionnement du système de santé au quotidien, les professionnelles en soins sont à même de constater les multiples effets des inégalités socioéconomiques sur la santé, de même que les impacts parfois déplorables des décisions prises à tous les niveaux de la structure politique et hiérarchique. En tant qu'organisations syndicales, la FIQ et la FIQP représentent près de 90 % de femmes qui sont à la fois professionnelles en soins, travailleuses des réseaux public et privé, et usagères des services. Elles visent, par leurs orientations et leurs décisions, la préservation des acquis sociaux, une plus grande égalité et davantage de justice sociale.

Fortes de cette mission, la FIQ et la FIQP ont toujours participé activement aux diverses consultations qui ont marqué l'histoire du système de santé et de services sociaux québécois. Que ce soit au sujet de projets de loi visant à en modifier le fonctionnement ou de tout autre sujet qui les interpelle, les Fédérations se sont toujours portées à la défense des intérêts et des préoccupations des membres qu'elles représentent, mais aussi de ceux de la population.

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
Pour devenir un véritable employeur de choix	3
Pour une décentralisation réussie : définir les rôles, fonctions et pouvoirs des gestionnaires d'installation.....	3
Impacts sur la pratique professionnelle	6
Le projet de loi n° 15 et ses impacts différenciés sur les femmes et les personnes marginalisées.....	10
Des atteintes à la démocratie syndicale.....	12
Les soins : grands absents du projet de loi n° 15	18
La qualité des soins au-delà d'un formulaire de satisfaction	19
La mobilité au détriment de la stabilité des équipes de soins	21
La centralisation qui mène tout droit vers la diminution de l'accès aux soins	24
Renouvellement d'une vision hospitalo-médicalo-centrée.....	26
Un projet de loi au service du gouvernement plutôt que de la population	29
Projet de loi n° 15 : l'antichambre de la privatisation.....	29
Une standardisation des pratiques en inadéquation avec le travail du <i>care</i>	35
Retirer une brique à la fois du mur de la démocratie représentative.....	35
Renforcer les ramparts démocratiques.....	37
Conclusion.....	39
Recommandations	40
Annexe 1	48

Résumé

1

Dans le cadre du présent mémoire concernant le projet de loi n° 15, Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace, la FIQ et la FIQP adoptent une position proactive de collaboration en formulant 30 recommandations à la Commission de la santé et des services sociaux. L'ensemble des positions et des propositions contenues dans ce mémoire se fondent sur l'expérience des Fédérations qui, depuis plus de 35 ans, représentent les professionnelles en soins du Québec. Trop de réformes ont été faites sans tenir compte de leur point de vue, avec le résultat que l'on connaît. Dans le cadre du projet de loi n° 15, elles doivent être écoutées.

La FIQ et la FIQP partagent le postulat sous-entendu dans le projet de loi n° 15 : le statu quo dans le réseau de la santé n'est plus acceptable. Un changement de culture, une plus grande gestion de proximité ainsi qu'une plus grande efficacité des structures et une imputabilité accrue des gestionnaires sont souhaitables. Or, est-ce que le projet de loi n° 15 tel que proposé actuellement est une réponse adéquate pour relever ces défis? Les Fédérations ont construit leur réponse à cette question en se basant sur deux grands principes fondateurs du Plan Santé, soit l'expérience employé-e et l'expérience patient-e. À la lumière de ces deux pôles, force est de constater que des éléments fondamentaux doivent encore être précisés, notamment les rôles et pouvoirs des différents paliers hiérarchiques et les impacts des changements sur la pratique professionnelle et l'organisation du travail des membres de la FIQ et de la FIQP. D'autres éléments, comme l'absence d'une structure syndicale locale pourtant essentielle, la disparition de leviers démocratiques pour les citoyen-ne-s et l'imbrication du secteur privé aux dépens du réseau public, doivent être recadrés. Pour la FIQ et la FIQP, le projet de loi n° 15 ne doit pas devenir un cheval de Troie qui signera la fin du réseau public issu de la Révolution tranquille en permettant au secteur privé à but lucratif ou non lucratif de remplacer l'État dans certaines de ses missions fondamentales auprès des personnes les plus vulnérables en soins à domicile et en santé mentale, notamment. La création d'un employeur unique porte également un coup important au processus de négociation actuel, coup auquel il est indispensable de répondre dans le cadre de cet exercice législatif.

Introduction

2

Avec le projet de loi n° 15, Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace, le gouvernement aspire à répondre à quatre objectifs : devenir un employeur de choix avec Santé Québec; revenir à une gestion de proximité; offrir une expérience patient-e à la hauteur de ce que méritent les Québécoises et Québécois et être à l'écoute des usagers; améliorer l'accès aux soins, aux services de santé et aux services sociaux. Or, la question au cœur de l'exercice parlementaire est simple : est-ce que les mesures proposées permettent effectivement d'atteindre ces objectifs?

Sous le couvert d'objectifs louables avec lesquels la FIQ et la FIQP sont en accord se cache un projet de loi qui met en péril l'universalité, l'accessibilité, l'équité et la qualité de soins ainsi que la démocratie syndicale. De plus, dans sa forme actuelle, le projet de loi n° 15 ne permet pas de réaliser une réelle décentralisation de la gestion des soins et des services afin de les adapter aux besoins réels de la population de chacune des régions du Québec.

« Depuis 30 ans, le réseau s'est transformé à plusieurs reprises, mais les problèmes demeurent. »¹ Effectivement, les Fédérations sont aux premières loges de ces transformations et sont à même de témoigner que les problèmes demeurent, voire s'accroissent, depuis des décennies. Pire encore, les professionnelles en soins et la population vivent encore les contre coups des réformes néolibérales successives adoptées sous bâillon en 2003 et en 2015.

Il est évident que la FIQ et la FIQP sont d'accord sur le fait que le statu quo n'est pas une solution. Avant même le dépôt du Plan santé, les Fédérations ont soumis au gouvernement des propositions afin de rendre le réseau plus efficace. Au cours des six derniers mois, la FIQ a activement participé aux travaux de la Table de consultation sur le Plan santé. C'est donc avec déception que les Fédérations ont constaté qu'aucune de leurs recommandations ne se retrouve dans le projet de loi n° 15. C'est toutefois en mode « solution » qu'elles déposent ce mémoire afin de contribuer à améliorer le réseau public de la santé pour les 80 000 professionnelles en soins qu'elles représentent et pour les patient-e-s qu'elles soignent au quotidien.

¹ Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé, p.21.

Pour devenir un véritable employeur de choix

3

Alors que l'un des piliers du Plan santé est de positionner le réseau de la santé et des services sociaux comme un employeur de choix, il est surprenant de constater la tendance centralisatrice du projet de loi n° 15, notamment en matière de ressources humaines. Les balises proposées dans le projet de loi à l'étude ne reflètent pas les orientations ministérielles pour une gestion humaine et de proximité. La FIQ et la FIQP souhaitent donc émettre des recommandations dans le but d'améliorer l'adhésion des professionnelles en soins à ce changement de gouvernance. Des mesures d'attraction et de rétention du personnel adaptées aux différents milieux de travail seront, toujours, à terme, un gage de meilleur accès à des soins sécuritaires et de qualité.

POUR UNE DÉCENTRALISATION RÉUSSIE : DÉFINIR LES RÔLES, FONCTIONS ET POUVOIRS DES GESTIONNAIRES D'INSTALLATION

Le projet de loi de loi n° 15 prévoit de centraliser dans les mains de l'agence Santé Québec tous les pouvoirs autrefois dévolus aux employeurs du réseau public de santé² (CISSS, CIUSSS et établissements non fusionnés). Ceux-ci étaient tous des personnes morales à part entière indépendants les uns des autres et distincts du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Cela leur conférait une marge de manœuvre pour mieux s'adapter aux besoins locaux en matière de gestion des soins, des ressources humaines, d'organisation du travail et des relations de travail.

La réforme de la gouvernance proposée dans le projet de loi n° 15 pousse davantage vers la centralisation entreprise depuis 2003. Santé Québec récupère également certains pouvoirs autrefois réservés au ministre de la Santé et des Services sociaux. La FIQ et la FIQP sont préoccupées par ce changement qui fera vraisemblablement perdre aux établissements de santé toute autonomie au profit de cette gigantesque société d'État, basée à Québec, employant tout le personnel du réseau de la santé.

² Dans le présent mémoire, le terme « établissement » désignera parfois les établissements actuels du réseau de la Santé (CISSS, CIUSSS et établissements non fusionnés) et parfois les futurs établissements qui seront définis et implantés par Santé Québec.

Une décentralisation pour les « top gun » de la gestion ou pour les professionnelles du terrain?

Il est indispensable que le projet de loi n° 15 prévoie et précise la manière d'opérer cette décentralisation en précisant les rôles et les pouvoirs des différentes parties de la structure de gestion. Cette décentralisation est essentielle pour améliorer les conditions de travail et d'exercice des professionnelles en soins.

S'il est relativement aisé de partager les pouvoirs entre orientation et opérationnalisation au sommet de la pyramide (entre le MSSS et l'agence Santé Québec), il est beaucoup plus ardu de déléguer ces mêmes pouvoirs aux niveaux hiérarchiques inférieurs. C'est justement ce que ne parvient pas à faire le projet de loi n° 15 dans sa forme actuelle. Quelle sera la marge de manœuvre des établissements dans l'organisation des soins? Dans l'offre de services? Dans l'intégration du secteur privé dans la dispensation des soins? Dans la gestion des ressources humaines? Si certains éléments sont certes précisés aux articles 130, 131 et 132 du projet de loi, les textes ne permettent pas d'évaluer la nature et l'ampleur des changements de gestion qui doivent s'opérer.

Il est clair que cette nouvelle structure de gestion favorisera la simplification du travail des hauts gestionnaires. Ils pourront plus facilement communiquer leurs objectifs, leurs attentes et leurs consignes et obtenir une reddition de compte plus efficace de la part des présidents-directeurs généraux (PDG) des établissements. Mais qu'est-ce que cela change concrètement pour les professionnelles en soins et la population? En quoi cette nouvelle structure de gestion améliorera-t-elle leurs conditions de travail ou d'exercice? Comment diminuera-t-elle leur charge de travail? Cette façon de faire ne rapproche pas les gestionnaires et le nouvel employeur unique du terrain et de ses 350 000 employé-e-s, bien au contraire.

La FIQ et la FIQP souhaitent que les établissements détiennent de réels pouvoirs décisionnels ainsi qu'une véritable autonomie via des pouvoirs définis par la loi, afin qu'ils soient imputables de leurs actions et de leurs décisions, plutôt que de dépendre de l'approbation de Santé Québec. Pour ce faire, il est impératif de clarifier et de bonifier les rôles et les pouvoirs qui leur sont accordés.

En effet, dans le cadre actuel proposé par le projet de loi n° 15, les futurs établissements sous l'égide de Santé Québec ne détiendraient aucun des pouvoirs autrefois réservés aux établissements du réseau de la santé et services sociaux, notamment en matière de ressources humaines et de relations de travail (relations entre l'employeur et le syndicat dans un milieu de travail donné), qui demeurerait entre les mains de l'agence Santé Québec. Même leur structure administrative serait presque entièrement déterminée par Santé Québec.

Ainsi, bien que le gouvernement prétende appliquer des principes de subsidiarité et de décentralisation, la centralisation du pouvoir au sein d'un seul employeur national fait craindre une standardisation néfaste des pratiques. En effet, Santé Québec aurait, selon le projet de loi n° 15, le pouvoir de dicter leur fonctionnement à chaque région et aux établissements subordonnés plutôt que de laisser aux différentes instances locales le pouvoir de décider en fonction de leurs réalités locales. C'est particulièrement vrai pour les domaines relevant de l'administration, du budget et de la gestion des ressources humaines.

Enfin, les pouvoirs délégués aux établissements par le projet de loi n° 15 seraient fortement encadrés par des règlements issus de Santé Québec et par les règlements et directives du ministre et du gouvernement restreignant davantage leur capacité de faire preuve de créativité dans la gestion et la résolution de conflits. La FIQ et la FIQP constatent donc que le processus décisionnel serait, une fois de plus, allongé.

Recommandation 1

La FIQ et la FIQP recommandent que le projet de loi n° 15 prévoie explicitement les droits et les pouvoirs décisionnels des unités administratives regroupées sous l'égide de Santé Québec. Ceux-ci devraient notamment inclure des responsabilités et assurer une certaine autonomie en ce qui concerne les ressources humaines et les relations de travail de manière à agir, entre autres, sur l'organisation du travail, l'autogestion des horaires, le règlement des griefs et autres litiges de nature locale et à permettre une plus grande agilité des gestionnaires favorisant ainsi une réaction plus rapide. Les unités administratives devraient également en être imputables.

Pour une réelle gestion de proximité et non une surveillance de proximité

Un gestionnaire qui comprend la réalité des soins et qui a le pouvoir de répondre aux besoins des patient-e-s et des soignantes en adaptant la gestion de l'installation, voilà un incontournable d'une gestion humaine.

Or, à l'article 132 du projet de loi n° 15, qui précise le rôle de la « personne responsable par établissement », rien ne laisse croire que cette personne administrera le budget, aménagera des cadres de gestion adaptés aux ressources humaines, ou encore développera des initiatives locales de gouvernance clinique. Tel que formulé, le projet de loi prévoit que le pouvoir de personne responsable de l'établissement est plutôt réduit à l'application de normes et de cadres de gestion provenant de Santé Québec et du ministre de la Santé. Cela signifie un pouvoir limité à la reddition de comptes aux ordres hiérarchiques supérieurs, de surveillance du bon fonctionnement de

6

l'installation selon les indicateurs et les objectifs dictés par l'établissement régional et à la résolution de problèmes ponctuels et ciblés.

Une autre ambiguïté subsiste également dans le choix des mots employés pour définir cette personne responsable d'une installation. Alors que le projet de loi indique « personne responsable d'un établissement », le ministre responsable du projet de loi a souvent eu recours au terme « gestionnaire d'établissement » alors que d'autres documents émanant du ministère de la Santé et des Services sociaux utilisent le terme « directeur d'installation ». Ces titres ne sont pas anodins et réfèrent à des niveaux de responsabilité différents. Il serait donc pertinent de les utiliser à bon escient, car ils réfèrent à des rôles, à des pouvoirs et à des fonctions différentes. D'ailleurs, selon le dernier rapport de la Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) sur les modèles de gouvernance en santé, une des clés de la réussite d'un changement de gouvernance est « l'énonciation claire des rôles et des responsabilités de chacun aux différents paliers de gouvernance et dans les divers secteurs d'intervention ».³

Recommandation 2

La FIQ et la FIQP recommandent que les rôles, responsabilités et fonctions de la personne responsable d'une installation soient précisés à l'article 132 afin d'indiquer son degré de pouvoir dans la gestion de l'installation. Pour la FIQ et la FIQP, ce rôle devrait notamment comprendre l'administration du budget, l'aménagement des cadres de gestion des ressources humaines adaptés, ou encore la mise en œuvre d'initiatives locales de gouvernance clinique.

IMPACTS SUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Si les pouvoirs des établissements et des gestionnaires de proximité restent à définir, le projet de loi n° 15 définit clairement le rôle des personnes dirigeantes sur les matières cliniques. Toutefois, la FIQ et la FIQP constatent que des améliorations sont également à apporter à ce chapitre.

Les professionnelles en soins membres de la FIQ et de la FIQP valorisent les soins sécuritaires et de qualité. En ce sens, elles revendiquent depuis longtemps un plus grand leadership clinique dans le réseau de la santé. Si le projet de loi n° 15 permet l'ajout de nouvelles structures de gouvernance

³ COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE. *Transformation de la gouvernance des systèmes de santé*. 2023, p. 6.

cliniques, telles que les nouvelles directions médicales et le nouveau conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique, il n'est pas évident que cette démarche permettra d'exercer un plus grand leadership clinique.

Le projet de loi n° 15 prévoit que les directions des soins infirmiers et du personnel multidisciplinaire relèveraient dorénavant directement du président-directeur général de l'établissement, alors que, jusqu'à présent, elles se retrouvaient la plupart du temps sous l'autorité des directions de soins physiques. Ce changement est notable et souhaitable, mais, mis à part ce changement de structure, rien ne permet de penser que les directions des soins infirmiers ou les directions du personnel multidisciplinaire joueront un rôle davantage décisionnel dans l'organisation. Pour optimiser le plein potentiel de cette évolution, il est impératif que les directions cliniques soient décisionnelles et imputables afin d'exercer un réel leadership clinique. Or, rien dans le projet de loi n° 15 ne laisse croire que les gestionnaires seront plus imputables de la gestion des risques, de la qualité des soins, du suivi des plaintes ou de la mise en place de conditions d'exercice favorables.

À titre d'exemple, l'Alberta a mis en place un modèle prometteur en matière de gouvernance clinique dans le cadre de ses récentes réformes. L'agence nationale a procédé à l'instauration de dyades de gestionnaires administratifs et de gestionnaires cliniques aux postes de cadres. Cette combinaison permet de prendre en compte les considérations cliniques dans la gestion quotidienne des établissements. Il aurait été utile d'évaluer la pertinence pour le RSSS de ce modèle salué par plusieurs.

Recommandation 3

La FIQ et la FIQP recommandent de/d' :

- ◆ **Nommer les infirmières auxiliaires au conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique prévu à l'article 154;**
- ◆ **Prévoir à l'article 154 que chaque groupe de professionnelles puisse laisser au besoin une trace écrite distincte de ses avis ou recommandations, en complément de ceux du Conseil;**
- ◆ **Prévoir aux articles 251 et 265 que les directions des soins infirmiers et du personnel multidisciplinaire aient notamment comme fonction d'assurer un leadership clinique, selon les meilleures pratiques cliniques reconnues et basées sur des données scientifiques probantes;**
- ◆ **Prévoir aux articles 251 et 265 que les directions des soins infirmiers et du personnel multidisciplinaire aient notamment comme fonction**

de prévenir les incidents et les accidents de façon systémique et de fournir une reddition de comptes des actions entreprises en ce sens;

- ◆ Prévoir aux articles 251 et 265 que les directions des soins infirmiers et du personnel multidisciplinaire doivent assurer la gestion des ressources humaines dans l'objectif de la qualité et la sécurité des soins et en fonction des besoins des patient-e-s, le tout dans le respect des droits des travailleuses;
- ◆ Prévoir aux articles 251 et 265 que les directions des soins infirmiers et du personnel multidisciplinaire aient notamment comme fonction de mettre en place les conditions d'exercice favorables aux meilleures pratiques cliniques;
- ◆ Instaurer des dyades de gestionnaires administratifs et de gestionnaires cliniques (notamment des professionnelles en soins) décisionnelles dans les établissements territoriaux de Santé Québec afin que la gestion tienne compte des variables cliniques dans les prises de décision.

De surcroît, il est important de rappeler que la Loi sur la santé et les services sociaux (LSSSS) donne certaines responsabilités au conseil des infirmières et infirmiers ainsi qu'au conseil multidisciplinaire. Ces derniers relevaient du directeur général de l'établissement et du conseil d'administration, soit des plus hautes sphères de gouvernance. Or, si le projet de loi n° 15 n'est pas modifié, ces responsabilités relèveront dorénavant du conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique. Contrairement à l'objectif énoncé du projet de loi n° 15, cela éloigne davantage les soins de la gestion, avec comme conséquence une attention moindre donnée aux besoins cliniques des patient-e-s par les décideurs.

Recommandation 4

La FIQ et la FIQP recommandent de :

- ◆ Prévoir à l'article 255 que le conseil des infirmières et infirmiers soit sous l'autorité du président-directeur général de l'établissement et non sous celle du conseil interdisciplinaire;
- ◆ Prévoir à l'article 256 que le conseil des infirmières et infirmiers soit sous l'autorité du directeur des soins infirmiers et du conseil d'établissement;
- ◆ Prévoir à l'article 267 que le conseil multidisciplinaire des services de santé soit sous la responsabilité du président-directeur général de l'établissement et non sous celle du conseil interdisciplinaire;
- ◆ Prévoir à l'article 268 que le conseil multidisciplinaire des services de santé soit sous la responsabilité du directeur du personnel

multidisciplinaire des services de santé et sous celle du conseil d'établissement;

- ◆ **Prévoir à l'article 577 qu'un suivi de chaque plainte impliquant des professionnelles en soins soit fait au directeur des soins infirmiers ou au directeur du personnel multidisciplinaire des services de santé, selon le cas.**

Absence de planification de la main-d'œuvre: une occasion manquée

Au-delà de la gestion et de l'imputabilité des soins, la FIQ et la FIQP sont préoccupées par l'absence de planification de la main-d'œuvre dans le projet de loi n° 15.

La théorie et la pratique terrain sont unanimes: une planification locale, régionale et nationale adéquate des ressources humaines permet une juste adéquation entre l'offre et la demande de soins de santé d'une population.

Le changement de gouvernance engagé par le projet de loi n° 15 aurait été une occasion unique de mettre en place des mesures structurantes et visionnaires dans le but de jeter les bases d'un exercice concerté de planification de la main-d'œuvre. C'est d'autant plus important que l'adoption du projet de loi n° 15 dans sa forme actuelle abrogerait la LSSSS pour la grande majorité des établissements de santé. Cela entraînerait un important recul pour cette planification puisque l'article 231 de la LSSSS prévoit que tout établissement doit développer un plan de planification de main-d'œuvre et de développement du personnel, avec la participation des syndicats représentant ses salariées. Or, aucune mesure équivalente n'est prévue au projet de loi n° 15. C'est donc un levier important pour l'attraction et la rétention des professionnelles en soins qui disparaîtrait. Planifier la main-d'œuvre c'est, entre autres, prévoir les mécanismes et les stratégies permettant de fidéliser efficacement le précieux personnel infirmier qualifié afin de le retenir le plus longtemps possible. Pour favoriser une approche proactive et l'allocation des budgets nécessaires, il est essentiel d'implanter des mesures visant la motivation et la valorisation, le maintien des compétences, le perfectionnement, la mobilité en vue d'un cheminement de carrière, la préparation de la relève et l'orientation de carrière (incluant le cheminement vers d'autres titres d'emplois). La mise en place de l'agence Santé Québec est l'occasion idéale de mettre en place ce mécanisme transversal dans l'ensemble du réseau de la santé.

En complément à la planification de la main-d'œuvre, un plan d'effectifs en soins infirmiers et cardiorespiratoires aurait dû être prévu dans le projet de loi n° 15. Alors que le texte législatif propose des mesures liées aux effectifs médicaux et dentaires et à l'organisation des soins préhospitaliers d'urgence,

il reste muet sur la question des infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes cliniques.

Recommandation 5

La FIQ et la FIQP recommandent d'ajouter l'article suivant au projet de loi n° 15 :

« Santé Québec doit réaliser avec la participation de ses employé-e-s et, le cas échéant, des syndicats qui les représentent, une planification nationale triennale de la main-d'œuvre et de développement du personnel. Une attention particulière doit être portée aux stratégies de recrutement et aux mesures favorisant l'attraction et la rétention du personnel. Cette planification est évaluée et mise à jour annuellement.

Le président-directeur général de tout établissement public ou privé conventionné doit se doter, en collaboration avec les directions cliniques concernées et avec la participation de ses employé-e-s et, le cas échéant, des syndicats qui les représentent, d'un plan d'action triennal pour la planification de la main-d'œuvre et le développement du personnel. Ce plan d'action est communiqué à tout le personnel et transmis à Santé Québec.

Ce plan contient des mesures relatives à l'accueil des employé-e-s, à leur motivation, leur valorisation, le maintien de leurs compétences en tenant compte de leur évaluation, leur perfectionnement, leur mobilité en vue d'un cheminement de carrière, la préparation de leur relève et l'orientation de leur carrière (incluant le cheminement vers un autre titre d'emploi). Ces mesures tiennent compte des observations du conseil multidisciplinaire et, le cas échéant, de celles du conseil des infirmières et infirmiers.

Cette planification doit être évaluée et mise à jour annuellement avec la participation des employé-e-s de l'établissement et, le cas échéant, des syndicats qui les représentent. »

LE PROJET DE LOI N° 15 ET SES IMPACTS DIFFÉRENCIÉS SUR LES FEMMES ET LES PERSONNES MARGINALISÉES

Comme les femmes composent 90 % du membership de la FIQ et de FIQP, les Fédérations sont d'avis que l'analyse différenciée selon les sexes (ADS+) aurait dû être réalisée lors de l'élaboration du projet de loi n° 15. Cet exercice devrait d'ailleurs être intégré à l'ensemble des projets gouvernementaux

comme le prévoit un engagement gouvernemental depuis 1997⁴. En effet, « cette approche permet de discerner les effets différenciés des politiques, projets de loi ou autres afin de prévenir la création d'inégalités ». ⁵ Comme le projet de loi n° 15 constitue un projet mammoth qui entraîne des répercussions majeures sur le réseau de la santé, dont la grande majorité du personnel est féminin, cette logique est d'autant plus pertinente. Bien entendu, les impacts seront ressentis par tout le personnel, mais l'ADS+ permet d'identifier de quelle manière les femmes ressentiront davantage les impacts de ces mesures.

À titre d'exemple, la provincialisation de l'emploi dans le réseau de la santé, auprès d'un employeur unique, préoccupe la FIQ et la FIQP. Si une salariée du réseau dénonce publiquement une situation problématique et qu'elle subit des représailles de son employeur, pouvant aller jusqu'à un congédiement, que lui arrivera-t-il? Est-ce qu'elle se retrouvera coupée de toute possibilité d'embauche dans le réseau de la santé, à la grandeur du Québec? Une femme victime de violence ou de discrimination gardera-t-elle le silence par crainte de perdre son emploi et donc de mettre en péril sa sécurité financière si elle n'est pas réembauchée par l'agence Santé Québec?

D'autres questions se posent. Qu'advient-il des infirmières recrutées à l'étranger bénéficiant d'un permis de travail fermé? Est-ce que l'agence Santé Québec pourrait les affecter à une région spécifique? Comment répondre aux objectifs des politiques sur l'équité, la diversité et l'inclusion dans une structure omnipotente? Cela est d'autant plus inquiétant que les femmes immigrantes et racisées œuvrant dans les métiers du *care* portent moins souvent plainte, car leur voix n'est pas entendue en raison de biais et de préjugés des gestionnaires.

Recommandation 6

La FIQ et la FIQP recommandent d'appliquer l'analyse différenciée selon les sexes (ADS+) au projet de loi n° 15 afin de cibler ses impacts sur les femmes et particulièrement sur les femmes racisées, migrantes, immigrantes et autochtones, notamment en raison des risques de l'implantation d'un employeur unique dans le réseau de la santé.

⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Analyse différenciée selon le sexe (ADS)*. [En ligne] <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/sante-et-bien-etre-selon-le-sexe/analyse-differenciee-selon-le-sexe/>, (Consulté le 1^{er} mai 2023).

⁵ SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE. *Stratégie gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2022-2027*. 2022. Page 18. [En ligne] <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/45313411> (Consulté le 1^{er} mai 2023).

DES ATTEINTES À LA DÉMOCRATIE SYNDICALE

La Coalition Avenir Québec, qui forme le gouvernement, n'a jamais caché son intention de contrer ce qu'elle qualifie de « carcan » syndical. Il n'est donc pas surprenant que le projet de loi n° 15 soit un pas de plus vers une gestion centralisée et autoritaire qui fait fi de plusieurs droits des travailleuses et des travailleurs. La conséquence pour les 80 000 professionnelles en soins que représentent la FIQ et la FIQP est nette : une perte de démocratie syndicale. Pourtant, au-delà des stratégies de communication souvent polarisantes, des enjeux réels de relations de travail sont soulevés par le projet de loi n° 15. En tant qu'employeur de choix en devenir, le gouvernement a l'obligation morale de tenter de trouver des solutions pour pallier les répercussions négatives du changement de gouvernance proposé. De bonne foi, la FIQ et la FIQP proposent des recommandations à cet effet.

Les joutes médiatiques des dernières semaines ont réduit le rôle des syndicats en santé à des empêcheurs de tourner en rond. Pourtant, une vaste majorité du personnel et des gestionnaires du réseau de la santé savent que le rôle d'une organisation syndicale est bien différent de cette image stéréotypée et dégradante. Les militantes syndicales représentent et défendent leurs membres, certes, mais elles sont également des professionnelles en soins syndiquées et des agentes de changement social. La structure syndicale locale qu'elles forment permet à l'employeur d'interpeller rapidement des vis-à-vis crédibles, reconnues par leurs pairs et ancrées dans leur milieu pour résoudre des problèmes latents ou urgents.

Avec un seul employeur, les vis-à-vis patronaux risquent d'être loin des milieux de travail, ce qui multipliera les paliers de décisions. En effet, plusieurs comités paritaires voués à résoudre des problèmes locaux ont été mis en place pour faciliter l'implantation de réelles solutions, efficaces et adaptées au milieu. Par exemple, des comités de dotation ont été mis sur pied pour parler de stabilité des postes, des comités d'organisation du travail et de pratique professionnelle permanents ont également vu le jour, tout comme des comités de mise en place d'aménagement du temps de travail, créés pour faciliter le recrutement et la rétention des professionnelles en soins. Des comités de santé et sécurité au travail sont aussi actifs dans tous les milieux.

Pourtant, le projet de loi n° 15, dans sa forme actuelle, ne considère pas le fait qu'il existe des différences marquées en ce qui concerne l'étendue des territoires couverts, les pratiques, les règles et les procédures des établissements de santé. Entre un établissement sur une seule installation dans un territoire géographique unique (le CHUM et le CUSM, par exemple) et un établissement avec une centaine d'installations sur un territoire géographique immense (comme le CISSS des Laurentides, le CISSS de Lanaudière, le CIUSSS Capitale-Nationale, le CIUSSS du Saguenay—Lac-Saint-Jean, le CISSS de l'Outaouais ou encore le CISSS du Bas-Saint-Laurent),

l'adaptation de pratiques, règles et procédures est nécessaire afin de mieux répondre aux besoins des travailleur-euse-s, des patient-e-s et des communautés. Or, le projet de loi n° 15 ne fera qu'accentuer cette perte de contact avec le terrain, notamment sur le plan de la gestion.

Il sera donc encore plus difficile pour les professionnelles en soins de :

- ◆ Demander des congés;
- ◆ Se prévaloir d'un aménagement particulier de leur horaire;
- ◆ Faire rectifier leur paie en cas d'erreur;
- ◆ Se faire rembourser des dépenses occasionnées par leur travail;
- ◆ Favoriser la conciliation vie personnelle-travail;
- ◆ Faire accepter toute autre demande administrative.

Pour mettre en place des relations de travail efficaces, il est essentiel de pouvoir compter sur des représentantes syndicales présentes et engagées. Les relations de travail efficaces permettent d'éviter la judiciarisation de bien des conflits. Dans plusieurs établissements, il existe d'ailleurs un processus préalable au dépôt de griefs. Ces « réclamations » sont simples et se règlent rapidement. Elles empêchent le dépôt de griefs et contribuent à de saines relations de travail, à la satisfaction des professionnelles en soins. Dans son état actuel, le projet de loi risque d'avoir un impact négatif sur le traitement et le règlement des griefs avant l'arbitrage.

Recommandation 7

Considérant l'importance d'une structure de relations de travail, la FIQ et la FIQP recommandent le maintien, dans l'organisation de Santé Québec, d'une structure de relations de travail locale, et ce, autant sur le plan administratif que décisionnel.

Une négociation dite locale, à application nationale

Afin de bien comprendre la portée des modifications entraînées par le projet de loi n° 15, un rappel de certains faits s'impose. La loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales, promulguée en 2003, prévoit une négociation locale afin d'adapter les conditions de travail et l'organisation du travail aux différents milieux. Or, les exercices réalisés depuis ont démontré que la négociation locale, telle que mise en place par le projet de loi n° 30, n'a pas permis d'atteindre les objectifs et les résultats

escomptés⁶. Elle a plutôt été l'occasion pour la partie patronale de tenter de niveler les conditions de travail dans le réseau de la santé vers le bas, sans réelle volonté de différenciation des milieux de travail visés. Il faut souligner également que, depuis la réforme de 2015, la négociation des matières locales est devenue encore plus difficile à réaliser puisqu'elle doit se faire à l'échelle régionale pour plusieurs établissements.

Avec le projet de loi n° 15 et la création d'un employeur unique, il faudra dorénavant parler de négociation des matières locales à l'échelle non plus régionale (CISSS et CIUSSS), mais bien nationale, à la grandeur du territoire. Le processus serait réalisé par les parties prévues à la loi, soit le syndicat fusionné des salariées à l'échelle nationale et l'agence Santé Québec, et ce, pour chacune des quatre catégories d'emploi prévues au projet de loi n° 30.⁷ La convention, dite locale, s'appliquerait donc à l'ensemble du territoire, de la Gaspésie à l'Abitibi-Témiscamingue. De plus, elle s'appliquerait à tous les types d'établissements, du centre hospitalier universitaire au CHSLD en passant par le centre jeunesse. Il est clair que cette négociation n'atteindrait plus son objectif initial, soit d'adapter les conditions de travail aux différents milieux et deviendrait inadaptée et inefficace.

Considérant la fusion des conventions collectives locales en une seule, il devient contre-productif de la négocier à cette échelle. L'adaptation aux réalités doit se faire à un autre niveau : soit plus près du terrain, des milieux de travail et de ceux-celles qui y travaillent. La solution réside donc plutôt dans le recours par les parties à des arrangements locaux. Déjà prévus à la loi et à la convention collective nationale, les arrangements locaux permettent d'adapter réellement les conditions de travail, prévues à l'échelle nationale, aux réalités locales.

Les arrangements locaux sont le moyen privilégié pour permettre aux parties locales de prévoir des aménagements et des adaptations d'application des mesures négociées nationalement par les parties. Ils ouvrent donc la porte à des groupes de salariées définis, d'appliquer ces mesures autrement, de définir les modalités d'application ou tout simplement de s'en soustraire. L'objectif est de rendre les règles d'application de la convention collective plus souples. La vision qui sous-tend les arrangements locaux n'est pas de donner des conditions de travail différentes selon les milieux, mais bien de les adapter à la réalité de ceux-ci.

⁶ Christian DUBÉ, Sonia BÉLANGER, et Lionel CARMANT. *Mémoire au Conseil des ministres sur le PL15*, 17 mars 2023, p. 1.

⁷ Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic, art. 4 et suivants.

Prévus par les parties nationales, ces arrangements locaux sont aussi beaucoup plus flexibles que la négociation locale et peuvent être circonscrits à différents milieux, selon les modalités. En effet, comme ils ne sont pas rattachés aux notions d'accréditation ou d'employeur, les arrangements locaux pourraient être négociés, selon le cas, à l'échelle de l'établissement (territorial ou non territorial), du réseau local de service (RLS, équivalent des anciens CSSS), ou même de l'installation. Il suffirait de le prévoir dans les modalités d'arrangements locaux de la convention collective nationale.⁸

Or, pour ce faire, encore faut-il qu'il subsiste des responsables locaux, exerçant des responsabilités définies, afin de négocier et de convenir ces arrangements locaux avec les représentantes syndicales locales. Comme nous l'avons mentionné plus haut, le projet de loi est particulièrement avare de détails à ce propos, ce qui empêche la mise en place de la gestion de proximité promise.

Selon la Loi sur le régime de négociation dans le secteur public et parapublic, des dispositions s'appliquant aux affaires sociales, seules les dispositions négociées et agréées à l'échelle nationale peuvent prévoir des arrangements locaux. Les matières à adapter doivent donc être couvertes par les dispositions nationales de la convention collective.⁹ Il convient donc de rapatrier au niveau national l'ensemble des matières négociées et agréées à l'échelle locale,¹⁰ d'intégrer ces matières à la négociation nationale et de laisser le soin aux parties nationales de prévoir des aménagements par arrangements locaux.

Ainsi, prévoir une seule convention collective comprenant des dispositions nationales et des arrangements locaux sur l'ensemble des matières, permettrait au projet de loi n° 15 d'atteindre les objectifs du gouvernement, soit :

A) La simplification du processus de négociation :

Maintes fois, le ministre a affirmé vouloir simplifier le processus de négociation et réduire le nombre de conventions collectives à négocier. En prévoyant une seule convention collective applicable à l'ensemble des salariées de la catégorie d'emploi visée, il faut que l'ensemble des

⁸ LOI SUR LE RÉGIME DE NÉGOCIATION DES CONVENTIONS COLLECTIVES DANS LES SECTEURS PUBLIC ET PARAPUBLIC, articles 70.1 et suivants.

⁹ LOI SUR LE RÉGIME DE NÉGOCIATION DES CONVENTIONS COLLECTIVES DANS LES SECTEURS PUBLIC ET PARAPUBLIC, articles 70.1 et suivants.

¹⁰ LOI SUR LE RÉGIME DE NÉGOCIATION DES CONVENTIONS COLLECTIVES DANS LES SECTEURS PUBLIC ET PARAPUBLIC, annexe a.1.

matières soient négociées à un seul et même endroit. La négociation des conditions de travail est alors simplifiée, car l'existence d'une seule table de négociation permettrait de bonifier ou de modifier l'ensemble des conditions de travail sans délai. La cohérence des solutions pour améliorer les conditions de travail et d'exercice dans le réseau sera assurée.

B) La décentralisation du réseau et la gestion de proximité

Le ministre a aussi exprimé, dans son Plan santé, le souhait de mettre en place une gestion de proximité dans les différentes installations du réseau. Or, le meilleur moyen d'offrir un certain pouvoir aux gestionnaires de proximité est de mettre en place des arrangements locaux qu'ils discuteront et négocieront eux-mêmes avec les responsables syndicales locales. En effet, ceux-ci seront les mieux placés pour déterminer les aménagements nécessaires pour s'adapter aux besoins des différents milieux de travail et secteurs d'activités. Ces arrangements locaux pourront être convenus à l'échelle régionale, locale ou même par installation, selon les sujets.

En dernier lieu, dans la mesure où le rapatriement des matières locales au niveau national toucherait les établissements fusionnés sous la responsabilité de l'agence Santé Québec et les établissements du Grand Nord, la FIQ et la FIQP recommandent de permettre aux parties nationales de définir des matières à négocier localement, spécifiques à leurs besoins. Dans l'objectif de respecter l'autonomie des établissements du Grand Nord de déterminer les conditions de travail adaptées à leur réalité, la loi devrait prévoir la possibilité de déléguer à ces parties certaines matières à négocier localement.

Recommandation 8

La FIQ et la FIQP recommandent que le projet de loi n° 15 prévoie explicitement le rapatriement de l'ensemble des matières des dispositions de la convention collective au niveau national et privilégie des arrangements locaux déterminés par les parties négociantes permettant de s'adapter aux réalités locales.

Plus concrètement, il est proposé de modifier :

- 1) La Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic de cette manière :

- ◆ Ajouter, à l'article 57, « et pour les affaires sociales dans les établissements non fusionnés suivants (visés par l'alinéa 2 et 4 de l'article 911 du projet de loi n° 15) » :
 - les établissements et la régie régionale visés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis;
 - le conseil régional et un établissement public au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris;
 - ◆ Retirer, à l'article 58, les passages « ainsi que dans les affaires sociales » et « ou à l'annexe A.1. »;
 - ◆ Prévoir que les articles 59, 60 et 61, ne s'appliquent pas aux affaires sociales;
 - ◆ Abroger l'annexe A.1;
 - ◆ Apporter les concordances nécessaires.
- 2) La Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic de cette manière :
- ◆ Abroger la section III de la Loi et faire les concordances nécessaires;
 - ◆ Prévoir un régime transitoire dans lequel les dispositions locales s'appliquent jusqu'à la prochaine négociation nationale dans laquelle elles seront intégrées aux matières nationales et qu'elles seront renégociées à chaque négociation nationale subséquente;
 - ◆ Apporter les concordances nécessaires.
- 3) Le projet de loi n° 15 visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace de cette manière:
- ◆ Retirer l'article 1100.

Les soins : grands absents du projet de loi n° 15

18

Dans le Plan santé, l'expérience des usager-ère-s est présentée comme un pilier important. Les professionnelles en soins, au chevet des patient-e-s, sont plus que quiconque conscientes de la nécessité d'opérer des changements à cet effet. C'est pour cette raison que la FIQ et la FIQP déplorent que le projet de loi n° 15 ne propose pas de solution concrète, au-delà des préoccupations concernant la gestion des soins, pour améliorer significativement à la fois l'accès, la qualité et la sécurité des soins dans le réseau de la santé.

En effet, le vocabulaire de soins est absent du projet de loi, qui réfère davantage à des « services ». La notion de qualité des soins, par exemple, n'est pas mentionnée ni dans les responsabilités du ministère de la Santé et des Services sociaux ni dans celles de l'agence Santé Québec. Pour les membres de la FIQ et de la FIQP, la qualité et la sécurité des soins ont une importance capitale. Il aurait donc été souhaitable qu'elles apparaissent clairement dans la mission de l'agence Santé Québec. Dans une perspective de santé publique, ne pas prendre en compte la qualité des soins dans le projet de loi n° 15 serait un recul important pour la santé de la population.

Recommandation 9

La FIQ et la FIQP recommandent de modifier le premier alinéa de l'article 1 comme suit : « La présente loi a pour objet de mettre en place un système de santé et de services sociaux permettant l'accès à des soins, services de santé et services sociaux sécuritaires et de qualité, basés sur une approche populationnelle qui prend en compte l'ensemble des déterminants sociaux de la santé de la population du territoire. La coordination des différentes composantes du système, le rapprochement des communautés des décisions liées à l'organisation et à la prestation des services et l'efficacité du système de santé et de services sociaux sont également promus par la présente loi ».

Recommandation 10

La FIQ et la FIQP recommandent d'ajouter la notion de « soins » à tous les articles où le projet de loi n° 15 traite de « services ».

Recommandation 11

La FIQ et la FIQP recommandent d'ajouter, dans la section du projet de loi portant sur les fonctions du ministre, « l'excellence clinique » au

2^e paragraphe de l'article 19¹¹ et de modifier, dans la section portant sur Santé Québec, le 2^e paragraphe de l'article 24 comme suit : « assurer un leadership clinique national et élaborer un programme national sur la qualité des services et des soins ».

Recommandation 12

La FIQ et la FIQP recommandent, aux articles 65 et 323, de définir les concepts de qualité, de sécurité, de pertinence et d'efficacité sur une base clinique, en se basant sur les définitions de l'Organisation mondiale de la Santé et sur des données probantes sur les plans scientifique et clinique.¹²

Recommandation 13

La FIQ et la FIQP recommandent, à l'article 66, de prévoir que la qualité et la sécurité des soins, telles que définies à l'article 65, sont les principaux objectifs de l'application de toute norme fixée par règlement.

Recommandation 14

La FIQ et la FIQP recommandent d'ajouter les articles 1, 2 et 3, tirés de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, au projet de loi n°15 (voir Annexe).

LA QUALITÉ DES SOINS AU-DELÀ D'UN FORMULAIRE DE SATISFACTION

En complément à la compilation des données recueillies sur la base de l'expérience patient-e, le projet de loi n° 15 devrait prévoir l'ajout d'indicateurs sensibles aux soins infirmiers tels que les chutes, les plaies de pression, les infections acquises lors de soins ou les erreurs dans l'administration des médicaments. Le projet de loi devrait en plus inclure les évaluations et d'autres évaluations relevant de l'exercice en soins infirmiers et cardiorespiratoires, comme le respect des standards de pratique professionnels et des principes déontologiques.

¹¹ Soit : « (...) valorise l'excellence clinique, l'enseignement, la recherche, l'évaluation des technologies et des modes d'intervention, les innovations et les pratiques de pointe ainsi que le transfert des connaissances et veille à leur promotion ».

¹² ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Thèmes de santé – Qualité des soins*. [En ligne] [https://www.who.int/fr/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1]

En effet, le projet de loi n° 15 vise à valoriser l'expérience patient-e et à en tirer des leçons pour améliorer la dispensation des soins et des services dans le réseau de la santé. Les professionnelles en soins sont les mieux placées pour affirmer que la parole des patient-e-s doit être entendue et valorisée. Mais est-ce qu'un sondage de satisfaction, comme prévu au projet de loi n° 15, est une mesure véritablement efficace pour évaluer la qualité des soins? Les réponses seront partielles et potentiellement biaisées puisque les patient-e-s ne peuvent témoigner que de leur vécu. Ainsi, ils-elles ne peuvent se prononcer sur le contexte de soins ou sur toutes les activités professionnelles qui ne sont pas des soins directs (ex. : évaluation et transmission d'informations entre professionnelles), mais qui préviennent des problèmes de santé et assurent la continuité et la qualité des soins. De plus, les données recueillies par les établissements ne concerneront que les patient-e-s disponibles au moment de la collecte de données. La qualité et la sécurité des soins ne peuvent pas se réduire à cette notion.

Sans diminuer l'importance d'une prise de parole individuelle, il importe de souligner que le système de santé vise la santé de l'ensemble de la population. Est-ce opportun d'orienter la prestation des soins sur la base d'une addition des expériences de chacun-e? L'évaluation des besoins de la population sera-t-elle réduite à la somme des évaluations de l'expérience individuelle des usager-ère-s? Est-ce qu'un mode de gestion par sondage de satisfaction sera instauré? Comment évaluer le succès d'une campagne de vaccination, par exemple? Par la satisfaction de chacun-e des vacciné-e-s ou par la faible contagion au sein de la population? Pour bien évaluer la qualité des soins, il faut prévoir l'inclusion d'indicateurs sensibles aux soins infirmiers ainsi que d'autres évaluations relevant de l'exercice en soins infirmiers et cardiorespiratoires.

De plus, la mesure de la satisfaction des patient-e-s devrait inclure des indicateurs propres aux patient-e-s en attente de traitement et de prise en charge. L'amélioration de l'accès aux soins est d'ailleurs un des objectifs principaux du projet de loi n° 15. Il serait donc pertinent d'évaluer la satisfaction des usagers à cet égard et non pas uniquement se contenter des indicateurs du tableau de bord sur la performance du réseau de la santé. Si la parole du patient est utile pour évaluer la qualité des soins, elle devrait également l'être pour apprécier l'accès aux soins.

Recommandation 15

La FIQ et la FIQP recommandent d'ajouter à l'article 119 : « En plus de la consultation des usagers, la qualité des soins est évaluée en tenant compte :

- ◆ **des indicateurs sensibles aux soins infirmiers (tels que des chutes, des plaies de pression, des infections acquises lors de soins ou des**

erreurs dans l'administration des médicaments, qui varient selon le niveau de soins reçu);

- ◆ du respect des standards de pratique professionnels;
- ◆ du respect des principes déontologiques;
- ◆ des soins nécessaires du point de vue des professionnelles qui ont dû être omis par manque de temps (après analyse par la professionnelle en soins);
- ◆ des incidents et accidents répertoriés;
- ◆ de l'évaluation de la qualité des soins par les professionnelles en soins;
- ◆ de toute autre source d'information jugée pertinente par les directions cliniques. »

Recommandation 16

La FIQ et la FIQP recommandent d'ajouter à l'article 119 un élément relatif à l'accès aux soins dans la consultation des usager-ère-s.

LA MOBILITÉ AU DÉTRIMENT DE LA STABILITÉ DES ÉQUIPES DE SOINS

En créant un employeur unique en santé au Québec, il est raisonnable de croire qu'un des objectifs du ministre de la Santé est de mettre en place une structure favorisant une mobilité accrue et illimitée de la main-d'œuvre en santé.

Toutefois, sans balise, et tel qu'actuellement présentée dans le projet de loi n° 15, cette volonté de mobilité à tout prix représente un risque indéniable pour la continuité des soins, une composante essentielle de la qualité des soins.¹³

De plus, les membres de la FIQ et de la FIQP craignent que le gouvernement puisse éventuellement procéder à des fusions de centres d'activités qui, combinées à une volonté de mobilité de la main-d'œuvre, forceraient certaines professionnelles en soins à travailler dans des milieux pour lesquels elles n'ont pas l'expérience, les connaissances ou le soutien clinique nécessaires. Les professionnelles en soins ne sont pas juste des bras

¹³ H. DOUCET, P. DIADORI, A. BOYER, et coll. (2010). *La continuité des soins : une responsabilité collective*. Avis du comité de bioéthique du CHU Sainte-Justine.

interchangeables, elles ont une expertise et des compétences professionnelles qui leur sont propres. Par exemple, est-ce raisonnable de croire qu'une infirmière en santé scolaire puisse travailler avec des personnes âgées ou aux soins intensifs, du jour au lendemain?

Il est également possible que la mobilité au sein du réseau ait des impacts négatifs sur l'accès aux soins dans certaines régions éloignées des grands centres ou encore dans certains secteurs de soins que ce soit les CHSLD ou les centres hospitaliers, par exemple. Les milieux de soins connus pour leur organisation du travail problématique pourraient notamment être délaissés au profit de milieux plus attrayants.

Les leçons de la pandémie de COVID-19 relativement aux risques que représente la mobilité du personnel pour la qualité des soins sont limpides : la mobilité a un impact négatif sur la qualité des soins offerts en plus de contribuer à la propagation des infections et des virus.

Recommandation 17

La FIQ et la FIQP recommandent d'ajouter, à la fin de l'article 6 du projet de loi n° 15 : « Une stabilité dans les intervenants (dont des professionnels de la santé adéquatement orientés et formés) et les milieux de soins est également à privilégier ».

La mobilité au détriment de ratios sécuritaires professionnelles en soins/patient-e-s

La FIQ et la FIQP s'appuient sur plus de 20 ans d'études scientifiques et sur l'expérience de 16 projets-pilotes pour revendiquer des ratios sécuritaires professionnelles en soins/patient-e-s. D'innombrables études récentes démontrent en effet que des équipes de soins stables et en nombre suffisant favorisent la qualité et la sécurité des soins.¹⁴ D'ailleurs, à peine quelques

¹⁴ L.H. AIKEN, et coll. (2002). *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction*, Journal of the American Medical Association, 288 (16): 1987-1993;

J.E. BALL, et coll. (2018), *Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study*, International Journal of Nursing Studies, 78, 10-15;

J. E. BALL, T. MURRELLS, A. M. Rafferty, et coll. (2014) *Care left undone during nursing shifts : associations with workload and perceived quality of care*, BMJ Quality and Safety, 23 :116–125;

J.P. CIMIOTTI, L.H. AIKEN, D.M. SLOANE, et E.S. WU. (2012). *Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection*, American Journal of Infection Control, 40(6), 486-490;

jours après la présentation du projet de loi n° 15, la Colombie-Britannique a annoncé qu'elle implanterait des ratios sécuritaires professionnelles en soins/patient-e-s.¹⁵ En effet, le syndicat représentant les infirmières de la Colombie-Britannique a obtenu 750 millions de dollars au cours des trois prochaines années pour remédier à une pénurie chronique d'infirmières à l'échelle de la province. Les nouveaux ratios seront d'une infirmière pour un-e patient-e en soins critiques, d'une infirmière pour deux patient-e-s en santé mentale, d'une pour trois patient-e-s en soins spécialisés et d'une pour quatre patient-e-s en soins généraux et en soins palliatifs. On parle ici d'une mesure qui vise une réelle augmentation de l'accès à des soins de qualité. Ce gain réalisé en période de négociation nationale est présenté à la fois par le gouvernement et par le syndicat comme une mesure phare d'attraction et de rétention du personnel.

À l'opposé, avec l'approche d'une mobilité à tout prix prévue au projet de loi n° 15, le gouvernement du Québec s'éloigne de l'objectif d'établir des ratios assurant la sécurité et la qualité des soins. Pour obtenir le plein effet des ratios, les professionnelles doivent très bien connaître leur milieu de soins et les patient-e-s qui y sont traités. Non seulement rien dans le projet n'est mis en place pour assurer la stabilité et la dotation adéquate des équipes de soins, mais s'il était adopté tel quel, il déstabiliserait et affaiblirait davantage les équipes de soins en permettant une mobilité à outrance.

Toutefois, le gouvernement semble reconnaître l'apport des ratios dans la prestation des soins. En effet, les articles 519 et 520 du projet de loi ajoutent une condition d'exploitation pour les résidences privées pour personnes âgées : un certain nombre de membres du personnel devra être présent pour assurer la sécurité et la surveillance des personnes résidentes, définissant ainsi un « ratio » de présence de personnel. C'est une orientation que la FIQ et la FIQP encouragent et saluent. Les Fédérations estiment d'ailleurs que

C. DUFFIELD, et coll. (2011). *Nurse staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes*, Applied Nursing Research, 24 (4), 244-255.

J. NEEDLEMAN, et coll. (2011). *Nurse staffing and inpatient hospital mortality*, New England Journal of Medicine, 364:1037-1045;

M. SCHUBERT, S.P. CLARKE, et coll. (2012), *Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals*, International journal for quality in health care, 24 (3): 230-8;

J. SHINDUL-ROTHSCHILD, J. FLANAGAN, et coll. (2017). *Beyond the Pain Scale: Provider Communication and Staffing Predictive of Patients' Satisfaction with Pain Control*, Pain Management Nursing, 1-9.

¹⁵Richard ZUSSMAN et Elizabeth MCSHERFFREY. *B.C. to get patient-to-nurse ratios, a first in Canada*. (4 avril 2023), [En ligne] [<https://globalnews.ca/news/9601778/bc-update-nursing-shortage-april-4/>] (page consultée le 1^{er} mai 2023).

cette mesure devrait être élargie à tous les établissements publics de santé afin d'assurer une santé optimale des citoyen-ne-s.

Recommandation 18

La FIQ et la FIQP recommandent de favoriser la qualité et la sécurité des soins par l'inclusion dans le projet de loi n° 15 d'une obligation pour les établissements de santé d'implanter des ratios sécuritaires professionnelles en soins/patient-e-s convenus paritairement.

LA CENTRALISATION QUI MÈNE TOUT DROIT VERS LA DIMINUTION DE L'ACCÈS AUX SOINS

Si la pandémie de COVID-19 a permis de tirer une leçon, c'est bien que la centralisation du réseau de la santé sous l'autorité de mégas-structures a nui à l'agilité sur le terrain. Ce ne sont pas les règles syndicales qui ont empêché les équipes de soins de réagir promptement, notamment dans les CHSLD. C'est plutôt le marasme d'une gestion centralisée et sclérosée qui est à l'origine de ce manque d'agilité. Or, il est difficile de cerner ce que le projet de loi n° 15 apporte comme solution. Un gestionnaire par installation sera ajouté, mais comme mentionné précédemment, la marge de manœuvre managériale dont il bénéficiera ne laisse pas présager beaucoup d'autonomie.

Pourtant, les modèles de gouvernance des réseaux de la santé sont nombreux et varient d'un pays à l'autre, voire d'une province à l'autre au sein du Canada. Le projet de loi n° 15 s'inspire en grande partie des modèles centralisés comme de celui de la Nouvelle-Écosse et celui de l'Alberta, qui a connu d'énormes ratés successifs depuis sa mise en place. Preuve de l'incapacité chronique de ce système centralisé : le conseil d'administration de l'agence nationale de l'Alberta Health Services a été dissout et renvoyé à deux reprises par le ministre de la Santé de la province, en 2013 et en 2022.¹⁶

De plus, en Alberta, la centralisation a contribué à la réduction de l'accès aux soins, notamment dans les régions éloignées, phénomène que la FIQ et la FIQP appréhendent également avec le projet de loi n° 15. À peine quatre ans après la première vague de centralisation, le premier ministre albertain a été forcé de mettre sur pied un comité consultatif sur les soins de santé en milieu

¹⁶ François JOLY. *Réforme de la santé : après 15 ans d'expérience, les leçons de l'Alberta pour le Québec*. 8 avril 2023. [En ligne] [<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1969666/reforme-sante-quebec-lecons-services-alberta-centralisation-agence>] (Consulté le 17 avril 2023).

rural, tellement ces derniers étaient déficients. Les défis étaient nombreux : améliorer l'accès rapide à des soins de santé appropriés, améliorer l'accès défaillant aux services spécialisés en milieu rural, optimiser l'utilisation des établissements de santé ruraux existants en garantissant la sécurité des patients et des services de qualité, veiller à ce que les communautés participent à la planification des services de santé et à l'élaboration des politiques et favoriser le recrutement et la rétention du personnel de santé dans les zones rurales, conformément aux niveaux de soins appropriés.¹⁷ En suivi des recommandations de ce comité, l'Alberta Health Services a été contrainte de décentraliser en région certaines prises de décision pour donner aux communautés une voix plus forte et pour permettre à chacun des districts particuliers et à chacune de leurs installations de faire face aux contraintes budgétaires.¹⁸

Ainsi, la FIQ et la FIQP aimeraient proposer une vision différente pour le nouveau modèle de gouvernance. Comme pour l'implantation de ratios sécuritaires professionnelles en soins/patient-e-s, le gouvernement de la Colombie-Britannique se distingue par sa conception d'un réseau public fort et d'une gouvernance réellement décentralisée qui mise sur des mesures d'attraction et de rétention. L'embauche des professionnelles en soins se fait par l'établissement régional et non par une agence unique nationale. Le recours au temps supplémentaire obligatoire est restreint à des événements réellement exceptionnels. Le recours à la main-d'œuvre indépendante est extrêmement balisé afin de favoriser l'embauche par le réseau public. Une professionnelle ne peut œuvrer pour une agence de main-d'œuvre indépendante dans la région dans laquelle elle habite ou dans laquelle elle travaille parallèlement pour le réseau public. Aussi, en ce qui concerne le secteur privé de manière plus générale, la privatisation des services (ex. : établissements de santé, chirurgie d'un jour) n'est pas envisagée par le gouvernement, contrairement à ce qui est présenté dans le projet de loi n° 15. Le réseau de la santé en Colombie-Britannique est un modèle de gouvernance qui aurait dû être étudié avec plus d'intérêt par le gouvernement du Québec.

¹⁷ Colleen SCHMIDT. *Le premier ministre Prentice nomme un comité pour examiner les soins de santé en milieu rural*. 23 septembre 2014. [En ligne] [<https://calgary.ctvnews.ca/premier-prentice-appoints-panel-to-review-rural-health-care-1.2020736>] (Consulté le 18 avril 2023).

¹⁸ Matt DYKSTRA. *Les services de santé de l'Alberta seront restructurés en districts*. 18 mars 2015. Dans *Edmonton Sun*. [En ligne] [<https://edmontonsun.com/2015/03/18/alberta-health-services-to-be-restructured-into-districts>] (Consulté le 18 avril 2023).

La FIQ et la FIQP recommandent que des modifications au projet de loi n° 15 soient apportées en s'inspirant du modèle décentralisé de gouvernance et axé sur le caractère public du réseau de la santé de la Colombie-Britannique.

RENOUVELLEMENT D'UNE VISION HOSPITALO-MÉDICALO-CENTRÉE

Alors que le projet de loi n° 15 devait « shaker » les colonnes du temple en santé, il faut constater que le pilier central sur lequel repose notre réseau, soit une vision hospitalo-médicalo-centrée, critiquée depuis des décennies par des intervenant-e-s de tous les horizons, demeure quasi intouché par la vaste réforme. Les médecins sont encore et toujours considérés comme des « fournisseurs de soins » extérieurs au réseau au lieu d'être des parties prenantes de son bon fonctionnement. De plus, les lieux de soins curatifs demeurent au centre de la culture de gestion de Santé Québec. Pourtant, pour s'inscrire dans une réelle modernisation du réseau de la santé, le projet de loi n° 15 aurait dû prévoir une approche plus globale de la santé et miser davantage sur la place centrale que peuvent y occuper les professionnelles en soins.

Absence d'une vision de prévention de la maladie et de promotion de la santé

En 2023, la preuve n'est plus à faire : les mesures visant la prévention de la maladie et la promotion de la santé permettent non seulement d'améliorer la santé des populations, mais aussi d'économiser sur les soins et services de santé.

Alors que la LSSSS prévoit à son premier article que le régime de santé et de services sociaux comprend des actions de prévention et de promotion, le projet de loi n° 15, qui propose ni plus ni moins une réécriture de la LSSSS, ne fait aucune référence à cet aspect. Cela laisse craindre qu'il encourage uniquement une approche curative, ce qui ne correspond pas aux bonnes pratiques pour favoriser la santé de la population et bâtir un réseau de la santé durable. La santé n'est pas seulement l'absence de maladies. Pour les professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires que représentent la FIQ et la FIQP, la prévention de la maladie et de la promotion de la santé sont tout aussi importantes et sont au cœur de leur pratique. C'est aussi ce qui pousse les professionnelles en soins à prendre la parole pour défendre les droits et les intérêts de leurs patient-e-s (*advocacy*). Il y aurait donc tout intérêt pour la population que les notions de prévention de la maladie et de promotion de la santé apparaissent clairement dans les missions de base de l'agence Santé Québec.

Recommandation 20

La FIQ et la FIQP recommandent d'ajouter à l'article 2 du projet de loi n° 15 après « Les services de santé et les services sociaux sont fournis par les établissements »: « ces soins et ces services comprennent les activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie ».

S'inspirer du meilleur : le modèle des CLSC

Alors que le gouvernement vend le mirage du secteur privé en santé, le modèle des CLSC publics est primé à l'international. Issue d'une mobilisation de la société civile, la mise sur pied des CLSC démontre que la forte présence des organisations syndicales en santé est positive tant pour les professionnelles en soins que pour la population. D'ailleurs, le 6 avril 2023, 102 député-e-s ont adopté une motion à l'effet que « l'Assemblée nationale reconnaisse que la mission fondamentale des Centres locaux de services communautaires (CLSC) inclut la prestation de services à la population locale en fonction de leurs besoins dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile », et « que l'Assemblée nationale demande au gouvernement de maintenir l'intégralité de la mission actuelle des CLSC dans le projet de loi n° 15, notamment, la responsabilité populationnelle. » Les Fédérations croient qu'il ne faut pas, une fois de plus, abandonner les CLSC au profit d'entreprises privées.

Recommandation 21

La FIQ et la FIQP recommandent que le projet de loi n° 15 désigne spécifiquement les CLSC comme les portes d'entrée de la première ligne de soins au Québec afin de valoriser une première ligne publique.

Un accès aux soins toujours perçu par la lorgnette médicale

Même si le Plan santé, présenté par le gouvernement en mars 2022, misait sur l'interdisciplinarité, le projet de loi n° 15 reste muet à cet égard. L'offre et l'accès aux soins demeurent à l'évidence sous le giron médical. Il serait dommage qu'un modèle hospitalo-médicalo-centré continue d'être promu par l'agence Santé Québec, particulièrement dans un contexte où les besoins de santé de la population sont importants. Le projet de loi n° 15 introduit un certain concept intéressant de responsabilité populationnelle des soins. Malheureusement, ce concept ne fait toutefois pas référence à l'interdisciplinarité, mais plutôt à la responsabilité des médecins spécialistes. Qu'en est-il alors de la loi 90, qui vise à permettre aux professionnelles en soins de réaliser des tâches essentielles pour désengorger le réseau de la

santé et améliorer son efficacité, mais dont l'application se bute souvent à une résistance de la part des établissements? Le projet de loi n° 15 ne prévoit aucune obligation en ce sens. Toutefois, l'article 62 prévoit la mise en place des systèmes de répartition et de « référencement des usagers entre les professionnels de la santé ou des services sociaux ». Les Fédérations et leurs membres tiennent à souligner qu'il est capital que l'ensemble des professionnelles en soins puissent contribuer à ces mécanismes d'accès à la pleine hauteur de leur champ d'exercice et que cela doit être précisé dans le projet de loi.

La présence et le plein déploiement des rôles des professionnelles en soins sont essentiels dans tous les milieux de soins, mais semblent particulièrement pertinents en première ligne. Les cliniques publiques d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) créées récemment par le gouvernement constituent un bon exemple d'accès aux soins facilité. D'ailleurs, la FIQ et la FIQP ont grandement contribué à faire rayonner ce modèle novateur depuis plusieurs années. Pour améliorer l'accès aux soins, il importe d'écouter et d'inclure les professionnelles en soins. Des projets d'innovation clinique issus des professionnelles en soins et développés paritairement, sur la base des meilleures pratiques cliniques et en équipe multidisciplinaire, sont à déployer. Ce type de modèle devrait être mis en valeur dans l'actuel projet de loi afin de démontrer la volonté des dirigeants à faire de ce type de pratiques une pierre d'assise de la gouvernance de l'agence Santé Québec.

Recommandation 22

La FIQ et la FIQP recommandent de prévoir, à l'article 62 du projet de loi n° 15, que les mécanismes d'accès tiennent compte des professions en soins infirmiers et cardiorespiratoires et favorisent le plein déploiement de leur champ d'exercice.

Un projet de loi au service du gouvernement plutôt que de la population

29

Alors que le changement de gouvernance a été au centre des communications du ministre de la Santé depuis le dépôt du projet de loi n° 15, il est étonnant qu'un nombre considérable d'articles portent plutôt sur la place accrue faite au privé dans le réseau de la santé. Pourtant, « une corrélation entre établissement privé et une diminution des standards de soins a plusieurs fois été démontrée dans les études. Par exemple, une étude canadienne publiée en 2016 démontre que les établissements privés à but lucratif prodiguent des soins de qualité inférieure et présentent plus souvent des déficiences majeures que les établissements publics ». ¹⁹ Si l'intention du projet de loi n° 15 est réellement d'améliorer la qualité de l'expérience patient-e, il est nécessaire de rectifier le tir.

PROJET DE LOI NO° 15 : L'ANTICHAMBRE DE LA PRIVATISATION

Depuis les années 1990, les politiques néolibérales ont mis à mal le système de santé, réforme après réforme. Les Fédérations peuvent témoigner de cette stratégie qui s'est accélérée avec le projet de loi n° 25, adopté en 2003, et le projet de loi n° 10, adopté en 2015, qui ont affaibli le secteur public en coupant les budgets et en dégradant l'environnement de travail. Comme remède miracle, l'État propose aujourd'hui la privatisation et la marchandisation des soins et des services de santé. Or, le recours au privé a contribué aux problèmes que l'on vit actuellement dans le réseau. Depuis des décennies, la population québécoise s'est accoutumée à la présence du privé et abdique désormais puisqu'elle n'en voit pas l'impact sur ses finances personnelles, la RAMQ couvrant les frais. Jumeler des baisses d'impôts à cette stratégie coûteuse est peut-être le dernier clou dans le cercueil de notre filet social.

Les Fédérations croient que le réseau de la santé et des services sociaux n'est pas une marchandise. Ni les professionnelles en soins ni les patient-e-s, d'ailleurs. Le gouvernement ne doit pas céder aux pressions du secteur privé. Les solutions pérennes passent au contraire par un réinvestissement massif dans le secteur public. Les fonds publics doivent être dédiés uniquement au réseau public et non à des entreprises privées.

Les études démontrent que le financement privé de la santé peut accroître les inégalités. En conséquence, les Fédérations craignent que le virage vers le privé nuise à terme aux personnes les plus vulnérables et ayant des moyens financiers limités. Les femmes et les personnes racisées se retrouvent

¹⁹ MÉDECINS QUÉBÉCOIS POUR LE RÉGIME PUBLIC. *La privatisation n'est pas la solution*. [En ligne] [<https://mqrp.qc.ca/2022/03/la-privatisation-nest-pas-la-solution/>] (Consulté le 19 avril 2023).

surreprésentées dans ces groupes. En adoptant une structure favorisant le privé en santé, l'État érige une barrière systémique à l'accès universel au réseau de la santé. Pourtant, un réseau public fort peut atténuer les inégalités sociales de santé. De surcroît, les expériences de nombreux pays, dont le Canada, démontrent que le recours à un système d'assurance privée pour couvrir les frais liés aux soins entraîne un accès inéquitable aux soins de santé et aux services sociaux.

L'imbrication du public et du privé : un changement de paradigme sans précédent

Les Fédérations dénoncent ainsi vigoureusement la porte vers la privatisation complète du système de santé qu'ouvre le projet de loi n° 15, sous le prétexte de l'efficacité.

Dès son premier article, le projet de loi légitimise et normalise le recours au privé en spécifiant que Santé Québec devrait offrir des soins par le biais des établissements publics ainsi qu'en coordonnant et en encadrant l'activité des établissements privés. À l'article 2, le projet de loi précise que les services de santé seraient fournis par les établissements publics et privés, sans distinction ni priorisation. L'article 346, quant à lui, évoque une responsabilité collective des établissements publics et privés à donner des soins à la population. Cette orientation tourne le dos aux principes fondateurs du réseau québécois. Intégrer aussi frontalement le privé à but lucratif et les services communautaires sans but lucratif le met carrément en péril. Les Fédérations sont d'accord, le statu quo n'est pas une option, mais laisser tomber le réseau public non plus. Pire encore, les Fédérations y voient une façon d'éviter de s'attaquer aux problèmes du système.

Recommandation 23

La FIQ et la FIQP recommandent que les articles 1, 2 et 346 du projet de loi n° 15 soient reformulés de façon que la prépondérance du réseau public y soit clairement identifiée par rapport au rôle du secteur privé.

Contrairement à ce qu'a laissé entendre le ministre de la Santé, les patiente-s ne sont pas les grands gagnants de cette réforme majeure. Ce sont plutôt les centres médicaux spécialités (CMS).

Depuis 2006, ces derniers ont pris une expansion importante et ont vampirisé le secteur public de ses ressources financières et humaines. Mais le projet de loi n° 15 instaure un nouveau régime dans lequel les centres médicaux spécialisés intègrent directement le réseau public de santé.

L'article 506 (paragraphe 5), par exemple, prévoit que certains soins et services pourraient être confiés uniquement à des cliniques privées dont les médecins seraient participants ou non à la RAMQ. L'article 485, quant à lui, renforce le rôle accru du privé en proposant qu'un établissement privé puisse offrir à une clientèle un ensemble de services comparables à ceux d'un établissement public. On y introduit même l'idée de classer les soins et de les comparer à ce qui est dispensé au public. Une telle orientation laisse-t-elle présager une délocalisation des soins encore plus grande dans un avenir rapproché? Ce constat force les Fédérations à postuler que cette place privilégiée que fait le projet de loi n° 15 aux centres médicaux spécialisés n'est pas motivée par un sens pratique de saine gestion des deniers publics et des ressources humaines.

De plus, l'article 485 vient mettre en opposition, voire carrément en compétition, l'établissement privé et l'établissement public. Or, les expériences internationales le démontrent : une fois les services privés bien installés et bien financés par des fonds publics, ils prennent la place du secteur public, qu'ils rendent dépendant.

Les Fédérations anticipent également que les établissements privés seront davantage intéressés par les cas rentables et plus légers, alors que les établissements publics conserveront les cas les plus lourds. Cela entraînera une surcharge de travail pour les professionnelles en soins œuvrant dans le réseau public. La gestion médico-centrée de la rentabilité rend alors plus vulnérable la personne usagère placée devant un biais économique.

Recommandation 24

La FIQ et la FIQP recommandent de retirer les articles 485 et 506 qui, tels que formulés actuellement, ne permettent pas un encadrement adéquat des centres médicaux spécialisés.

Désengagement prévisible de l'État en soins à domicile et en santé mentale

Aussi, la juxtaposition des services publics, des services privés et des services communautaires risque d'engendrer plusieurs problèmes, dont le désengagement prévisible de l'État en soins à domicile et en santé mentale, l'exode des professionnelles en soins vers le secteur privé, le fractionnement des soins, la dépendance du réseau public au secteur privé, l'explosion des coûts et la menace à l'accès universel aux soins.

C'est une évidence que les soins à domicile (SAD) de qualité sont synonymes de dignité humaine et constituent le dernier rempart contre

l'institutionnalisation des patient-e-s. La population québécoise vieillit très rapidement. Dans les 10 prochaines années, 25 % de la population aura plus de 65 ans. Présentement, le SAD, délaissé par les établissements, ne répond qu'à 5 % des besoins. Or, depuis la pandémie, 72 % de la population est moins encline à aller en CHSLD et 68 % souhaite une politique favorisant le soutien à domicile.²⁰ Le SAD représente le secteur où l'on utilise le plus les agences de main-d'œuvre indépendante (MOI). Cela entraîne des conséquences fâcheuses pour le personnel en soins puisque les contrats sont accordés aux plus bas soumissionnaires ce qui signifie des salaires minimums, la concurrence déloyale aux entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EESAD), une surveillance de piètre qualité et le non-respect des contrats.

En matière de santé mentale, les besoins sont criants et les dernières années l'ont tristement démontré. Le projet de loi ne prévoit rien pour améliorer les services. Ne pas en tenir compte dès maintenant, c'est pelleter les conséquences par avant. Si la FIQ et la FIQP partagent des intérêts et des valeurs avec les organismes communautaires et à but non lucratif, elles sont préoccupées par le glissement clair qu'opère vers eux. L'État ne peut pas renoncer à sa responsabilité et à sa mission pour les domaines des soins à domicile et de la santé mentale au profit d'organismes tiers.

Recommandation 25

La FIQ et la FIQP recommandent que le projet de loi n° 15 stipule que les soins à domicile et les soins et services en santé mentale relèvent principalement du réseau public de santé et doivent conséquemment être dispensés par ses employé-e-s.

Recommandation 26

La FIQ et la FIQP recommandent que le projet de loi n° 15 spécifie que les services professionnels de la santé mentale (psychologie, psychothérapie) soient assurés par la couverture publique dans une approche de santé globale.

Cannibalisation des ressources publiques

Les Fédérations anticipent, par ailleurs, un dangereux exode du personnel en soins œuvrant dans le réseau public vers le secteur privé, facilité par l'ouverture au privé prévue au projet de loi. Cet exode s'observe déjà et

²⁰ B. ACHOU, P. DE DONDER, et coll. (2021). *Nursing Home aversion post-pandemic: Implications for savings and Long-Term Care Policy*. Workingpapers 2021-08. Montréal, ESG Recherche, UQAM, [En ligne] [https://economie.esg.uqam.ca/wp-content/uploads/sites/54/2021/09/2021_08_docdt_eco.pdf], p.1.

accentue l'indisponibilité de la main-d'œuvre et la surcharge de travail dans le réseau public. Plus de 4 000 professionnelles en soins ont quitté les employeurs publics vers les agences privées de placement et vers le secteur privé. Il faut absolument rehausser les conditions de travail des établissements publics, sinon, c'est la population qui sera perdante.

Plus encore, les Fédérations craignent une dépendance du réseau public au secteur privé, une explosion des coûts et une menace à l'accès universel aux soins

Le recours à des ressources privées n'est pas gage d'une accessibilité accrue aux soins à long terme. Des études démontrent plutôt le contraire. De fait, les entrepreneurs peuvent se retirer des domaines d'activités moins rentables. De plus, le même bassin de professionnelles disponible au Québec se répartit entre les établissements publics et privés. « La performance des pays est associée à la place qu'occupent les secteurs privé et public dans les systèmes de soins des pays. Les rangs moyens des pays sont systématiquement meilleurs sur les indicateurs de performance lorsque le secteur public occupe une place dominante dans la régulation, le financement et la fourniture des services de santé que lorsque c'est le secteur privé qui occupe cette place. De plus, les pays où le financement et la prestation des services de santé sont assumés conjointement par les secteurs privé et public ont une performance considérablement plus élevée lorsque la régulation publique est forte. »²¹

La divulgation récente des résultats des projets pilotes de chirurgie d'un jour dans les cliniques médicales privées entamés en 2016 est éloquent. En 2019-2020, le coût d'une opération du tunnel carpien était en moyenne de 908 \$ au privé contre 495 \$ au public, une différence de 84 %. Celui d'une coloscopie courte était de 739 \$ au privé, ce qui représente deux fois et demie le coût de la même intervention en établissement public, qui était de 290 \$. Dans tous les cas, Québec rembourse l'entièreté de la facture²². En tout, ces projets pilotes ont coûté 80 millions de dollars en deniers publics alors qu'ils devaient coûter 4 millions par année. Le ministre a beau affirmer que l'étude ne tient pas compte de certains paramètres, la conclusion de cette étude reste la même : le privé coûte plus cher que le public et rien ne permet actuellement d'affirmer que le privé est plus efficace que le public

²¹ Robert MAGUIRE, Richard LESSARD, Jocelyne SAUVÉ. (2007) *Le privé dans la santé : un enjeu de santé publique : Positionnement des directeurs de santé publique*, p.14.

²² Jean-Louis BORDELEAU. *Jusqu'à 150 % plus cher pour une chirurgie au privé*. Le Devoir. 24 avril 2023. [En ligne] [<https://www.ledevoir.com/societe/789652/sante-jusqu-a-150-plus-cher-pour-une-chirurgie-au-prive/>] (Consulté le 24 avril 2023).

pour la réalisation de ces soins.²³ Or, alors qu'actuellement déjà 20 % des chirurgies sont confiées au secteur privé, le projet de loi n° 15 vise à l'étendre encore davantage.

À terme, le coût de cette orientation idéologique coûtera cher aux Québécois-e-s et mettra en péril la capacité du réseau à fournir l'ensemble des soins et services prévus au panier du réseau public. Les représentant-e-s du MSSS affirmaient également, lors de l'exercice de l'étude des crédits budgétaires en santé, que 62 salles d'opération sont toujours fermées à travers la province en raison d'enjeux de main-d'œuvre et que le taux d'activités des blocs opérations tourne autour de 78 %. Le bassin de main-d'œuvre en santé est limité : qu'il travaille au privé ou au public, c'est le même personnel qui donne les soins. Ainsi, la FIQ et la FIQP sont d'avis que la solution à une plus grande efficacité en chirurgie réside dans de meilleures conditions de travail et une plus grande attraction et rétention du personnel dans le réseau public plutôt que d'une délocalisation vers le privé.

Plus encore, pour les Fédérations, la centralisation des appels d'offres au sein de Santé Québec s'avèrerait hautement problématique vu le refus du gouvernement de confirmer dans la loi le but non lucratif de cette nouvelle société d'État, contrairement à d'autres, comme Héma-Québec dont la loi constitutive est claire à cet effet. Pour les Fédérations, cela représente un grand danger pour l'accessibilité aux soins et pour le maintien d'un système de santé public et gratuit.

Recommandation 27

Considérant que le coût des chirurgies d'un jour réalisées dans les cliniques médicales spécialisées est plus élevé que dans le réseau public, la FIQ et la FIQP recommandent que soit ajouté un article précisant que le recours au privé, en matière de chirurgie d'un jour, soit utilisé en dernier recours et dans des circonstances exceptionnelles.

Recommandation 28

La FIQ et la FIQP recommandent que le projet de loi inscrive clairement que la mission de Santé Québec est à but non lucratif.

²³ Anne PLOURDE, et Guillaume HÉBERT. *Coûts de certaines procédures médicales dans le privé et le public : mise au point*. 25 avril 2023. [En ligne] [https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/couts-privé-public-mise-au-point/?fbclid=IwAR0K_w4d8SGnaWtxNOAmL2Yv_kHAWRGpr-G9RIV9w0D9_drrOQgE4zfJiFY]

UNE STANDARDISATION DES PRATIQUES EN INADÉQUATION AVEC LE TRAVAIL DU *CARE*

Comme c'est le cas pour de nombreux métiers typiquement féminins, notamment ceux du *care* exercés par les membres de la FIQ et de la FIQP, les compétences mobilisées sont sous-évaluées et associées au rôle naturel et biologique des femmes. Force est de constater que la gestion néolibérale dans le secteur de la santé et des services sociaux atrophie et invisibilise la dimension émotionnelle du travail en soins infirmiers et cardiorespiratoires. La standardisation des pratiques instaurée dans les dernières décennies ne tient pas compte de la réalité des soins et, conséquemment, ne répond pas aux besoins des patient-e-s. La réalité même du travail des professionnelles en soins, comme le fait de devoir créer un lien avec les patient-e-s, est annihilée.

En somme, le modèle de gestion mis de l'avant par le projet de loi n° 15, basé principalement sur des indicateurs quantitatifs, est incompatible avec le travail du soin (*care*). Cette proposition managériale affaiblira davantage la spécificité des emplois en soins infirmiers et cardiorespiratoires, et ce, au détriment des valeurs professionnelles des travailleuses et des besoins des personnes usagères.

RETIRER UNE BRIQUE À LA FOIS DU MUR DE LA DÉMOCRATIE REPRÉSENTATIVE

La FIQ et la FIQP se questionnent sur la place que l'agence Santé Québec réservera aux personnes citoyennes. Le projet de loi est muet à ce sujet. La participation citoyenne devrait être favorisée dans l'implantation des nouvelles structures, comme les comités d'usagers, par exemple.

Tel que présenté aujourd'hui, le projet de loi n°15 éliminerait le dernier rempart démocratique du réseau de la santé et des services sociaux. Sous l'agence Santé Québec, la gouvernance des établissements se traduira par un conseil d'établissement (art. 106), abolissant ainsi les conseils d'administration. Cette transition retirerait une voix au chapitre pour les professionnelles en soins, entre autres, via des représentantes des conseils infirmiers et infirmières, au profit d'une personne représentant le milieu des affaires (art. 117). Les Fédérations voient d'un mauvais œil la proximité entre le milieu des affaires et le réseau de la santé et des services sociaux. Cela confirme la crainte de la privatisation tous azimuts.

Plus encore, les citoyen-ne-s des différentes régions sociosanitaires doivent également être représenté-e-s au sein des conseils d'établissements par des personnes élues aux niveaux local ou régional. La proximité ne doit pas uniquement être comprise comme un mode de gestion, mais comme une manière de prendre en compte les besoins régionaux et locaux dans le but, bien sûr, d'offrir les meilleurs soins tout en assurant l'universalité et l'accessibilité des services. Des études démontrent, que « l'amélioration de l'efficacité et de la qualité des services de santé repose sur l'implication de différentes parties prenantes (citoyen-ne-s, organismes communautaires, personnel professionnel et élu-e-s politiques) dans l'ensemble des circuits décisionnels. »²⁴

Par ailleurs, les membres des conseils d'établissements seraient nommé-e-s par le conseil d'administration de l'agence Santé Québec. À ce stade-ci, outre l'article 108, le projet de loi reste plutôt vague sur le processus de nomination. La FIQ et la FIQP souhaitent voir le projet de loi amendé afin de l'inclure. Il est inquiétant de constater que plutôt que de prévoir explicitement dans le projet de loi que le fait d'avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'établissement disqualifie une personne pour le poste de président-chef de la direction de Santé Québec, la loi laisse le conseil d'administration édicter ses propres règles en matière de conflit d'intérêts. Pour les Fédérations, laisser une telle discrétion au conseil d'administration est dangereux, vu la tendance lourde à la privatisation des soins de santé.

De plus, les conseils d'établissements devraient représenter la population qu'ils desservent. En ce sens, les Fédérations saluent l'article 108 qui reconnaît l'importance d'une composition représentative des réalités socioculturelles, linguistiques ou démographiques populationnelles. Toutefois, contrairement à d'autres lois constitutives de sociétés d'État et d'organismes publics, le projet de loi omet de nommer des balises de représentativité claires pour les femmes, les jeunes et la diversité au sein du conseil d'administration de Santé Québec. Ceci laisse entrevoir une dangereuse absence de diversité d'opinion et de représentativité.

²⁴ Myriam LAVOIE-MOORE. *Op.cit.*

Recommandation 29**La FIQ et la FIQP recommandent de/d'**

- ◆ Ajouter une personne élue localement (par exemple : des élu-e-s municipaux ou du territoire) sur les conseils d'établissements
- ◆ Ajouter des représentantes du conseil d'infirmiers et d'infirmières sur les conseils d'établissements
- ◆ Ajouter des représentant-e-s issu-e-s du conseil interdisciplinaire
- ◆ Favoriser la participation citoyenne dans les comités d'usagers
- ◆ Nommer 50 % de femmes, au moins une personne de moins de 35 ans et au moins une personne issue de la diversité sur les conseils d'établissements
- ◆ Amender le projet de loi afin d'y inclure la procédure de nomination des membres du conseil d'administration

RENFORCER LES REMPARTS DÉMOCRATIQUES

Le réseau de la santé et des services sociaux est névralgique pour la population. Le budget qui y est dédié représente près de 50 % du budget total du Québec. Le ministre de la Santé doit être redevable à la population et des orientations du gouvernement, de la qualité des soins et des services et du respect des principes d'universalité et de gratuité du réseau public. L'agence Santé Québec ne doit pas servir de paravent. Ainsi, l'imputabilité ministérielle doit demeurer l'ultime rempart démocratique du réseau de la santé, pour ses salarié-e-s et la population.

Une fois de plus, les Fédérations dénoncent la gestion par règlement prévue au projet de loi n° 15, qui laisse au conseil des ministres le soin de déterminer les besoins réels du réseau de la santé.

En effet, bien que ce projet de loi soit colossal, force est de constater que le renvoi systématique aux voies réglementaires entretient un certain flou pour ne pas dire un flou certain. Par exemple, le gouvernement se réserve le droit, dans les 18 mois suivant la fusion, d'adopter, par règlement, toute mesure nécessaire ou utile à l'application ou à la réalisation du projet de loi. Cela laisse toute la liberté d'agir à des décideurs très éloignés de la réalité quotidienne des soignantes et de leurs patient-e-s. La délimitation des territoires sociosanitaires sera elle aussi déterminée ultérieurement par règlement. Les Fédérations craignent que ces éléments ne soient pas soumis au débat public. Ce sont pourtant des éléments centraux du projet de loi et de l'implantation de l'agence Santé Québec.

Selon les Fédérations, la gouvernance par voie réglementaire engendre une faille démocratique et une perte de levier politique pour les organisations de la société civile. Peu d'espaces existent encore pour que les représentant-e-s des contre-pouvoirs fassent entendre leur voix et influencent le débat parlementaire.

Recommandation 30

La FIQ et la FIQP recommandent de préciser la délimitation des territoires sociosanitaires dans le projet de loi n° 15 afin de ne pas laisser cette décision importante à l'écart du processus démocratique.

Conclusion

39

La FIQ et la FIQP remercient les membres de la Commission de la santé et des services sociaux d'avoir pris connaissance de leur analyse du projet de loi n° 15 et de leurs recommandations émises dans le but de le bonifier. Ce mémoire s'inscrit dans la poursuite de la mission des Fédérations de représenter les intérêts de leurs 80 000 membres infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes cliniques, de militer pour le maintien d'un réseau public fort au sein duquel les décisions se prennent près du terrain, de défendre la vitalité de la démocratie syndicale au niveau local, et d'offrir des soins de qualité et sécuritaires à la population.

Dans son dernier rapport, la CSBE²⁵ précise que l'adhésion des parties prenantes au changement de gouvernance est un élément incontournable de la réussite d'un tel virage. Prendre le temps de bien définir les rôles et les attentes envers les nouvelles structures et d'écouter les partenaires sont toujours des éléments clés d'une transformation réussie. Pourtant, la FIQ et la FIQP ne peuvent passer sous silence le fait que le processus consultatif entourant le projet de loi n° 15 n'a pas permis aux intervenant-e-s de prendre connaissance de l'étendue des impacts du changement de gouvernance proposé avant de devoir faire les représentations nécessaires en commission parlementaire.

Toutefois, fortes de leur connaissance du réseau de la santé et de la réalité vécue par leurs membres, la FIQ et la FIQP ont proposé dans ce mémoire des recommandations substantielles, équilibrées, mais surtout incontournables pour mettre en place les modifications proposées par le projet de loi n° 15. Les Fédérations espèrent que celles-ci seront prises en considération par les membres de la commission afin de ne pas répéter les erreurs du passé dans le cadre de cette nouvelle réforme du réseau de la santé. Comme le soulignait également la CSBE, ce n'est pas la structure de départ en tant que telle qui importe dans la réussite de la mise en place d'une nouvelle gouvernance, mais plutôt la capacité de résilience du réseau de la santé à s'adapter aux changements nécessaires et aux besoins des milieux.²⁶

²⁵ COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (Joanne Castonguay et Jean-Louis Denis). *Transformation de la gouvernance des systèmes de santé : analyse de la littérature*. Mars 2023.

²⁶ Idem.

Recommandations

40

Recommandation 1

La FIQ et la FIQP recommandent que le projet de loi n° 15 prévoie explicitement les droits et les pouvoirs décisionnels des unités administratives regroupées sous l'égide de Santé Québec. Ceux-ci devraient notamment inclure des responsabilités et assurer une certaine autonomie en ce qui concerne les ressources humaines et les relations de travail de manière à agir, entre autres, sur l'organisation du travail, l'autogestion des horaires, le règlement des griefs et autres litiges de nature locale et à permettre une plus grande agilité des gestionnaires favorisant ainsi une réaction plus rapide. Les unités administratives devraient également en être imputables.

Recommandation 2

La FIQ et la FIQP recommandent que les rôles, responsabilités et fonctions de la personne responsable d'une installation soient précisés à l'article 132 afin d'indiquer son degré de pouvoir dans la gestion de l'installation. Pour la FIQ et la FIQP, ce rôle devrait notamment comprendre l'administration du budget, l'aménagement des cadres de gestion des ressources humaines adaptés, ou encore la mise en œuvre d'initiatives locales de gouvernance clinique.

Recommandation 3

La FIQ et la FIQP recommandent de/d' :

- ◆ Nommer les infirmières auxiliaires au conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique prévu à l'article 154;
- ◆ Prévoir à l'article 154 que chaque groupe de professionnelles puisse laisser au besoin une trace écrite distincte de ses avis ou recommandations, en complément de ceux du Conseil;
- ◆ Prévoir aux articles 251 et 265 que les directions des soins infirmiers et du personnel multidisciplinaire aient notamment comme fonction d'assurer un leadership clinique, selon les meilleures pratiques cliniques reconnues et basées sur des données scientifiques probantes;
- ◆ Prévoir aux articles 251 et 265 que les directions des soins infirmiers et du personnel multidisciplinaire aient notamment comme fonction de prévenir les incidents et les accidents de façon systémique et de fournir une reddition de comptes des actions entreprises en ce sens;
- ◆ Prévoir aux articles 251 et 265 que les directions des soins infirmiers et du personnel multidisciplinaire doivent assurer la gestion des ressources humaines dans l'objectif de la qualité et la sécurité des

soins et en fonction des besoins des patient-e-s, le tout dans le respect des droits des travailleuses;

- ◆ Prévoir aux articles 251 et 265 que les directions des soins infirmiers et du personnel multidisciplinaire aient notamment comme fonction de mettre en place les conditions d'exercice favorables aux meilleures pratiques cliniques;
- ◆ Instaurer des dyades de gestionnaires administratifs et de gestionnaires cliniques (notamment des professionnelles en soins) décisionnelles dans les établissements territoriaux de Santé Québec afin que la gestion tienne compte des variables cliniques dans les prises de décision.

Recommandation 4

La FIQ et la FIQP recommandent de :

- ◆ Prévoir à l'article 255 que le conseil des infirmières et infirmiers soit sous l'autorité du président-directeur général de l'établissement et non sous celle du conseil interdisciplinaire;
- ◆ Prévoir à l'article 256 que le conseil des infirmières et infirmiers soit sous l'autorité du directeur des soins infirmiers et du conseil d'établissement;
- ◆ Prévoir à l'article 267 que le conseil multidisciplinaire des services de santé soit sous la responsabilité du président-directeur général de l'établissement et non sous celle du conseil interdisciplinaire;
- ◆ Prévoir à l'article 268 que le conseil multidisciplinaire des services de santé soit sous la responsabilité du directeur du personnel multidisciplinaire des services de santé et sous celle du conseil d'établissement;
- ◆ Prévoir à l'article 577 qu'un suivi de chaque plainte impliquant des professionnelles en soins soit fait au directeur des soins infirmiers ou au directeur du personnel multidisciplinaire des services de santé, selon le cas.

Recommandation 5

La FIQ et la FIQP recommandent d'ajouter l'article suivant au projet de loi n° 15 :

« Santé Québec doit réaliser avec la participation de ses employé-e-s et, le cas échéant, des syndicats qui les représentent, une planification nationale triennale de la main-d'œuvre et de développement du personnel. Une attention particulière doit être portée aux stratégies de recrutement et aux mesures favorisant l'attraction et la rétention du personnel. Cette planification est évaluée et mise à jour annuellement.

Le président-directeur général de tout établissement public ou privé conventionné doit se doter, en collaboration avec les directions cliniques concernées et avec la participation de ses employé-e-s et, le cas échéant, des syndicats qui les représentent, d'un plan d'action triennal pour la planification de la main-d'œuvre et le développement du personnel. Ce plan d'action est communiqué à tout le personnel et transmis à Santé Québec.

Ce plan contient des mesures relatives à l'accueil des employé-e-s, à leur motivation, leur valorisation, le maintien de leurs compétences en tenant compte de leur évaluation, leur perfectionnement, leur mobilité en vue d'un cheminement de carrière, la préparation de leur relève et l'orientation de leur carrière (incluant le cheminement vers un autre titre d'emploi). Ces mesures tiennent compte des observations du conseil multidisciplinaire et, le cas échéant, de celles du conseil des infirmières et infirmiers.

Cette planification doit être évaluée et mise à jour annuellement avec la participation des employé-e-s de l'établissement et, le cas échéant, des syndicats qui les représentent. »

Recommandation 6

La FIQ et la FIQP recommandent d'appliquer l'analyse différenciée selon les sexes (ADS+) au projet de loi n° 15 afin de cibler ses impacts sur les femmes et particulièrement sur les femmes racisées, migrantes, immigrantes et autochtones, notamment en raison des risques de l'implantation d'un employeur unique dans le réseau de la santé.

Recommandation 7

Considérant l'importance d'une structure de relations de travail, la FIQ et la FIQP recommandent le maintien, dans l'organisation de Santé Québec, d'une structure de relations de travail locale, et ce, autant sur le plan administratif que décisionnel.

Recommandation 8

La FIQ et la FIQP recommandent que le projet de loi n° 15 prévoie explicitement le rapatriement de l'ensemble des matières des dispositions de la convention collective au niveau national et privilégie des arrangements locaux déterminés par les parties négociantes permettant de s'adapter aux réalités locales.

Recommandation 9

La FIQ et la FIQP recommandent de modifier le premier alinéa de l'article 1 comme suit : « La présente loi a pour objet de mettre en place un système de santé et de services sociaux permettant l'accès à des soins, services de santé et services sociaux sécuritaires et de qualité, basés sur une approche populationnelle qui prend en compte l'ensemble des déterminants sociaux de la santé de la population du territoire. La coordination des différentes composantes du système, le rapprochement des communautés des décisions liées à l'organisation et à la prestation des services et l'efficacité du système de santé et de services sociaux sont également promus par la présente loi ».

Recommandation 10

La FIQ et la FIQP recommandent d'ajouter la notion de « soins » à tous les articles où le projet de loi n° 15 traite de « services ».

Recommandation 11

La FIQ et la FIQP recommandent d'ajouter, dans la section du projet de loi portant sur les fonctions du ministre, « l'excellence clinique » au 2^e paragraphe de l'article 19²⁷ et de modifier, dans la section portant sur Santé Québec, le 2^e paragraphe de l'article 24 comme suit : « assurer un leadership clinique national et élaborer un programme national sur la qualité des services et des soins ».

²⁷ Soit : « (...) valorise l'excellence clinique, l'enseignement, la recherche, l'évaluation des technologies et des modes d'intervention, les innovations et les pratiques de pointe ainsi que le transfert des connaissances et veille à leur promotion ».

Recommandation 12

La FIQ et la FIQP recommandent, aux articles 65 et 323, de définir les concepts de qualité, de sécurité, de pertinence et d'efficacité sur une base clinique, en se basant sur les définitions de l'Organisation mondiale de la Santé et sur des données probantes sur les plans scientifique et clinique.²⁸

Recommandation 13

La FIQ et la FIQP recommandent, à l'article 66, de prévoir que la qualité et la sécurité des soins, telles que définies à l'article 65, sont les principaux objectifs de l'application de toute norme fixée par règlement.

Recommandation 14

La FIQ et la FIQP recommandent d'ajouter les articles 1, 2 et 3, tirés de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, au projet de loi n°15 (voir Annexe).

Recommandation 15

La FIQ et la FIQP recommandent d'ajouter à l'article 119 : « En plus de la consultation des usagers, la qualité des soins est évaluée en tenant compte :

- ◆ des indicateurs sensibles aux soins infirmiers (tels que des chutes, des plaies de pression, des infections acquises lors de soins ou des erreurs dans l'administration des médicaments, qui varient selon le niveau de soins reçu);
- ◆ du respect des standards de pratique professionnels;
- ◆ du respect des principes déontologiques;
- ◆ des soins nécessaires du point de vue des professionnelles qui ont dû être omis par manque de temps (après analyse par la professionnelle en soins);
- ◆ des incidents et accidents répertoriés;
- ◆ de l'évaluation de la qualité des soins par les professionnelles en soins;
- ◆ de toute autre source d'information jugée pertinente par les directions cliniques. »

²⁸ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Thèmes de santé – Qualité des soins*. [En ligne] [https://www.who.int/fr/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1]

Recommandation 16

La FIQ et la FIQP recommandent d'ajouter à l'article 119 un élément relatif à l'accès aux soins dans la consultation des usager-ère-s.

Recommandation 17

La FIQ et la FIQP recommandent d'ajouter, à la fin de l'article 6 du projet de loi n° 15 : « Une stabilité dans les intervenants (dont des professionnels de la santé adéquatement orientés et formés) et les milieux de soins est également à privilégier ».

Recommandation 18

La FIQ et la FIQP recommandent de favoriser la qualité et la sécurité des soins par l'inclusion dans le projet de loi n° 15 d'une obligation pour les établissements de santé d'implanter des ratios sécuritaires professionnelles en soins/patient-e-s convenus paritairement.

Recommandation 19

La FIQ et la FIQP recommandent que des modifications au projet de loi n° 15 soient apportées en s'inspirant du modèle décentralisé de gouvernance et axé sur le caractère public du réseau de la santé de la Colombie-Britannique.

Recommandation 20

La FIQ et la FIQP recommandent d'ajouter à l'article 2 du projet de loi n° 15 après « Les services de santé et les services sociaux sont fournis par les établissements »: « ces soins et ces services comprennent les activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie ».

Recommandation 21

La FIQ et la FIQP recommandent que le projet de loi n° 15 désigne spécifiquement les CLSC comme les portes d'entrée de la première ligne de soins au Québec afin de valoriser une première ligne publique.

46

Recommandation 22

La FIQ et la FIQP recommandent de prévoir, à l'article 62 du projet de loi n° 15, que les mécanismes d'accès tiennent compte des professions en soins infirmiers et cardiorespiratoires et favorisent le plein déploiement de leur champ d'exercice.

Recommandation 23

La FIQ et la FIQP recommandent que les articles 1, 2 et 346 du projet de loi n° 15 soient reformulés de façon que la prépondérance du réseau public y soit clairement identifiée par rapport au rôle du secteur privé.

Recommandation 24

La FIQ et la FIQP recommandent de retirer les articles 485 et 506 qui, tels que formulés actuellement, ne permettent pas un encadrement adéquat des centres médicaux spécialisés.

Recommandation 25

La FIQ et la FIQP recommandent que le projet de loi n° 15 stipule que les soins à domicile et les soins et services en santé mentale relèvent principalement du réseau public de santé et doivent conséquemment être dispensés par ses employé-e-s.

Recommandation 26

La FIQ et la FIQP recommandent que le projet de loi n° 15 spécifie que les services professionnels de la santé mentale (psychologie, psychothérapie) soient assurés par la couverture publique dans une approche de santé globale.

Recommandation 27

Considérant que le coût des chirurgies d'un jour réalisées dans les cliniques médicales spécialisées est plus élevé que dans le réseau public, la FIQ et la FIQP recommandent que soit ajouté un article précisant que le recours au privé, en matière de chirurgie d'un jour, soit utilisé en dernier recours et dans des circonstances exceptionnelles.

Recommandation 28

La FIQ et la FIQP recommandent que le projet de loi inscrive clairement que la mission de Santé Québec est à but non lucratif.

Recommandation 29

La FIQ et la FIQP recommandent de/d'

- ◆ Ajouter une personne élue localement (par exemple : des élu-e-s municipaux ou du territoire) sur les conseils d'établissements
- ◆ Ajouter des représentantes du conseil d'infirmiers et d'infirmières sur les conseils d'établissements
- ◆ Ajouter des représentant-e-s issu-e-s du conseil interdisciplinaire
- ◆ Favoriser la participation citoyenne dans les comités d'usagers
- ◆ Nommer 50 % de femmes, au moins une personne de moins de 35 ans et au moins une personne issue de la diversité sur les conseils d'établissements
- ◆ Amender le projet de loi afin d'y inclure la procédure de nomination des membres du conseil d'administration

Recommandation 30

La FIQ et la FIQP recommandent de préciser la délimitation des territoires sociosanitaires dans le projet de loi n° 15 afin de ne pas laisser cette décision importante à l'écart du processus démocratique.

Annexe 1

48

La FIQ et la FIQP recommandent d'ajouter les trois articles suivants, issus de la Loi sur la santé et les services sociaux, au projet de loi n° 15 :

1. « Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie.

Il vise plus particulièrement à :

- 1 réduire la mortalité due aux maladies et aux traumatismes ainsi que la morbidité, les incapacités physiques et les handicaps;
- 2 agir sur les facteurs déterminants pour la santé et le bien-être et rendre les personnes, les familles et les communautés plus responsables à cet égard par des actions de prévention et de promotion;
- 3 favoriser le recouvrement de la santé et du bien-être des personnes;
- 4 favoriser la protection de la santé publique;
- 5 favoriser l'adaptation ou la réadaptation des personnes, leur intégration ou leur réintégration sociale;
- 6 diminuer l'impact des problèmes qui compromettent l'équilibre, l'épanouissement et l'autonomie des personnes;
- 7 atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions. »

2. « Afin de permettre la réalisation de ces objectifs, la présente loi établit un mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières destiné à :

- 1 assurer la participation des personnes et des groupes qu'elles forment au choix des orientations, à l'instauration, à l'amélioration, au développement et à l'administration des services;
- 2 favoriser la participation de tous les intervenants des différents secteurs d'activité de la vie collective dont l'action peut avoir un impact sur la santé et le bien-être;

- 3 partager les responsabilités entre les organismes publics, les organismes communautaires et les autres intervenants du domaine de la santé et des services sociaux;
- 4 rendre accessibles des services continus de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes aux plans physique, psychique et social;
- 5 tenir compte des particularités géographiques, linguistiques, socioculturelles, ethnoculturelles et socio-économiques des régions;
- 6 favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et à des services sociaux selon des modes de communication adaptés aux limitations fonctionnelles des personnes;
- 7 favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux, dans leur langue, pour les personnes des différentes communautés culturelles du Québec;
- 8 favoriser la prestation efficace et efficiente de services de santé et de services sociaux, dans le respect des droits des usagers de ces services;
 - 8.1 assurer aux usagers la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux;
- 9 assurer la participation des ressources humaines des établissements au choix des orientations de ces établissements et à la détermination de leurs priorités;
- 10 promouvoir la recherche et l'enseignement de façon à mieux répondre aux besoins de la population »

3. « Pour l'application de la présente loi, les lignes directrices suivantes guident la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux :

- 1 la raison d'être des services est la personne qui les requiert;
- 2 le respect de l'utilisateur et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit;
- 3 l'utilisateur doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité;

- 4 l'utilisateur doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant;
- 5 l'utilisateur doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse. »