

MÉMOIRE

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

PL n° 10 : Un projet de loi nécessaire qui passe à côté de l'essentiel



fiq

FIQ | SECTEUR PRIVÉ

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 des services du réseau de la santé et des services sociaux. 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 du réseau 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

Introduction	1
Pourquoi la FIQ revendique-t-elle l'élimination de la MOI?	3
Parce que le recours et les dépenses publiques liées à la MOI ne cessent d'augmenter	3
Parce que les conditions de travail proposées aux professionnelles en soins d'agence sont inéquitables par rapport à celles du réseau public et favorisent l'exode de ces dernières.....	4
Pour contrer l'exode des travailleuses vers les entreprises privées de santé	5
Parce que le recours à la MOI déstabilise l'organisation du travail et la continuité des soins	6
Projet de loi n° 10 : le gouvernement a troqué la fermeté contre la flexibilité	11
L'intention du projet de loi : limiter et non éliminer	11
Choisir la voie réglementaire plutôt que législative.....	12
Les éléments incontournables qui doivent être inclus dans le projet de loi n° 10	15
Des conditions assurant la sécurité et la continuité des soins	15
Une planification de la main-d'œuvre rigoureuse.....	15
La fin des iniquités.....	17
Réduire la capacité des agences à faire de la sollicitation.....	18
Adoption d'un plan d'action et mise en place de mesures de contrôle et de suivi	19
Des mesures pour contraindre les établissements à respecter l'objectif d'élimination de la MOI	21
Des mesures pour renforcer la surveillance et le contrôle.....	22
Conclusion	23
Recommandations	25

Introduction

1

Elles le répètent sur toutes les tribunes : les professionnelles en soins qui ont quitté le réseau public pour les agences de placement se sont tournées vers la seule option qui apparaissait être en mesure de leur offrir un peu d'air, une plus grande conciliation travail-famille et de meilleurs salaires, bien qu'artificiellement gonflés. Surtout, elles ont quitté un navire qui prend l'eau depuis des années, à force de compressions budgétaires, de manque de leadership clinique et d'une gestion défailante et déshumanisée. Les agences privées de main-d'œuvre indépendante (MOI) ont capitalisé sur ces failles béantes, évidentes. La dégradation des conditions de travail des salariées du réseau est devenue une véritable occasion d'affaires. En instrumentalisant la détresse des soignantes, ces entreprises se sont présentées comme des partenaires, des acteurs clés du réseau de la santé, alors qu'elles ne font en réalité que le vampiriser et mettre en péril la continuité des soins en déstabilisant les équipes de travail. Les gestionnaires des établissements de santé les ont d'abord perçues comme une bouée de sauvetage et leur ont offert des contrats sur des plateaux d'argent, avant d'en devenir dépendants, allant jusqu'à les favoriser au détriment de leurs propres salariées. Si dépendants, qu'ils font désormais appel à la MOI sans égard aux impacts sur la qualité des soins.

Au cœur de cet enjeu de la MOI, il y a ces professionnelles en soins, infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes cliniques qui sont restées dans le réseau public et dont le fardeau s'est alourdi, parfois au prix de la qualité des soins qu'elles assurent ou au détriment de leur santé. Celles qui cumulent les TSO, les quarts défavorables¹, les déplacements forcés, la surcharge de travail, les équipes en souffrance, la substitution de titres d'emplois et les plans de contingence, celles qui ont la responsabilité d'assurer la continuité des soins aux patients, alors que le réseau part à la dérive.

C'est pour elles que la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec - FIQ réclame la fin des iniquités en matière de conditions de travail, qu'elle exige l'élimination progressive, mais ferme des agences privées de placement en santé. C'est pour ces dernières que la FIQ réclame depuis plus d'une décennie des mécanismes pour éradiquer la MOI. Des mécanismes dont aurait pu faire partie le projet de loi n° 10.

Or, ce dernier n'est pas le projet de loi tant attendu par la Fédération. Dans le présent mémoire, la FIQ précisera, d'une part, les raisons qui motivent sa profonde déception par rapport au dit projet de loi. D'autre part, la Fédération présentera les éléments qui, selon ses membres, auraient dû s'y retrouver afin d'en faire une pièce législative réellement efficace et qui aurait

¹ Par quarts défavorables, la FIQ fait référence aux quarts de travail de soir, de nuit, de fins de semaine et des jours fériés.

2

pu donner au gouvernement les moyens de réaliser son ambition d'éliminer le recours à la MOI.

Tout d'abord, il est primordial de réitérer les raisons pour lesquelles la FIQ exige d'abolir, une fois pour toutes, le recours aux agences privées, notamment par le biais d'un projet de loi fort et véritablement contraignant.

Recommandation 1

Modifier le projet de loi n° 10 afin qu'il soit réellement contraignant et qu'il permette de s'attaquer à ce qui aurait dû être son essence même, soit l'élimination du recours à la MOI dans le réseau public de santé.

Pourquoi la FIQ revendique-t-elle l'élimination de la MOI?

3

Il va sans dire que les circonstances entourant la pandémie de COVID-19 ont accéléré la croissance du recours à la MOI et expliquent en partie l'augmentation des dépenses qui y sont consacrées. Mais les racines du fléau que constitue aujourd'hui la MOI remontent à près de quinze ans. En 2010, déjà, la présidente de la FIQ à l'époque, Régine Laurent déclarait : « La gestion au jour le jour, sans perspective à long terme, est responsable de l'actuelle pénurie de main-d'œuvre qui sévit dans les établissements de santé² ». Plus d'une décennie plus tard, l'actuelle présidente de la FIQ, Julie Bouchard, dénonçait toujours la situation : « Ces entreprises privées ont toujours recruté à même le réseau et loué leurs services beaucoup plus chers à ce même réseau, faisant en sorte que le réseau devienne dépendant de cette main-d'œuvre. Plutôt que de faciliter la vie aux agences, il faut briser une fois pour toutes le cercle vicieux dans lequel on se retrouve. Ce sont les fidèles du réseau qui sont désavantagées, qui doivent faire les temps supplémentaires obligatoires (...)»³. Les gouvernements successifs ont provoqué l'effritement du réseau public de santé à coups de compressions, d'engagements non respectés, de réformes structurelles et de concessions aux entreprises privées en santé s'ajoutant à des impératifs budgétaires et administratifs à courte vue, ce qui a ouvert toute grande la porte aux agences privées.

PARCE QUE LE RECOURS ET LES DÉPENSES PUBLIQUES LIÉES À LA MOI NE CESSENT D'AUGMENTER

La proportion d'heures travaillées par la MOI a augmenté de 208 % depuis 2016, alors que le coût associé à leur embauche a bondi de 380 % sur la même période⁴. Dans certaines régions, la situation est encore plus dramatique, comme en Abitibi-Témiscamingue où les travailleur-se-s d'agences représentent actuellement 16,2 % de la main-d'œuvre alors qu'elles comptaient pour seulement 2,3 % en 2016⁵. En matière de dépenses

² Maude MESSIER. « Un recours systématique aux agences privées d'infirmières ». *l'Autre journal*, 2010, [En ligne], [<https://lautrejournal.info/articles-mensuels/287/un-recours-systematique-aux-agences-privées-dinfirmieres>].

³ Éric DESCHENE. « Réseau de la santé : la FIQ veut que Québec mette en place des mesures pour soutenir ses membres ». *Journal de Lévis*, 14 juillet 2022, [En ligne], [https://journaldelevis.com/1067/Politique_.html?id=103886].

⁴ Fanny LÉVESQUE. « Québec veut abolir le recours aux agences privées d'ici 2026 ». *La Presse*, 15 février 2023, [En ligne], [<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2023-02-15/main-d-oeuvre-independante/quebec-veut-abolir-le-recours-aux-agences-privées-d-ici-2026.php>].

⁵ Thomas GERBET et Daniel BOILY. « Québec a dépensé 3 milliards \$ dans les agences privées de santé en 6 ans ». *Radio-Canada*, 14 février 2023, [En ligne], [<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1956130/agences-placement-privées-sante-quebec-ftq-projet-loi-dube>].

publiques, les chiffres sont encore plus révélateurs : en six ans, le gouvernement a dépensé 3 milliards de dollars pour les services des agences privées⁶, dont près de 2 milliards de dollars depuis 2020. Il est évident que cette pratique est à la fois néfaste pour la saine administration des deniers publics, mais également pour la gestion des ressources humaines du réseau public de santé. En effet, en 2020, les dépenses en MOI des établissements publics du réseau ont représenté l'équivalent de 28,9 % des revenus totaux des agences de placement⁷. Devant l'engouement des établissements de plus en plus dépendants de leurs services, elles ont évidemment saisi l'occasion d'affaires et augmenté considérablement leurs prix. Par le fait même, il a été démontré que le coût horaire de la main-d'œuvre indépendante a crû beaucoup plus rapidement que celui des employées du réseau public⁸. Cette iniquité ne s'arrête cependant pas à la croissance des salaires, et touche aussi directement les conditions de travail des professionnelles en soins. C'est avec beaucoup de colère que les professionnelles en soins que représente la FIQ ressentent ces injustices.

PARCE QUE LES CONDITIONS DE TRAVAIL PROPOSÉES AUX PROFESSIONNELLES EN SOINS D'AGENCE SONT INÉQUITABLES PAR RAPPORT À CELLES DU RÉSEAU PUBLIC ET FAVORISENT L'EXODE DE CES DERNIÈRES

Comment un employeur peut-il justifier qu'une professionnelle en soins qui quitte son emploi dans le réseau public de santé puisse retourner y pratiquer avec un salaire bonifié, sans subir les désagréments que doivent encaisser les collègues demeurées dans le réseau public? Cette situation inacceptable se vit pourtant chaque jour dans le réseau de la santé. Depuis plusieurs années, les professionnelles en soins des agences ne subissent que très peu le temps supplémentaire obligatoire (TSO), au contraire des salariées du réseau qui se le font imposer, sous peine de mesures disciplinaires ou de sanctions. Elles bénéficient également d'un contrôle total sur leur horaire de travail, alors que les membres de la FIQ doivent remplir les exigences de postes de soir, de nuit et de fin de semaine, en plus d'être aux prises avec des horaires qui ne sont pas connus d'avance et qui sont souvent modifiés à la dernière minute. Ces dernières se voient aussi fréquemment refuser leurs demandes de congés ou de vacances par leurs gestionnaires. Pendant la pandémie, le

⁶ *Ibid.*

⁷ Anne PLOURDE. *Les agences de placement comme vecteurs centraux de la privatisation des services de soutien à domicile*, Institut de recherche et d'information socioéconomiques, Janvier 2022., p. 1.

⁸ Anne PLOURDE. *Les agences de placement comme vecteurs centraux de la privatisation des services de soutien à domicile*, Institut de recherche et d'information socioéconomiques, Janvier 2022., p. 10.

personnel d'agence a même pu refuser d'aller travailler en zone chaude alors que les professionnelles du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) ont dû se soumettre à des décrets qui niaient leurs droits, pourtant prévus à la convention collective. Encore aujourd'hui, les travailleur-se-s d'agences obtiennent fréquemment des quarts de travail attrayants, alors que leurs homologues du public, elles, continuent de boucher des trous sur des quarts défavorables.

POUR CONTRER L'EXODE DES TRAVAILLEUSES VERS LES ENTREPRISES PRIVÉES DE SANTÉ

Comment un employeur qui fait face à une pénurie de main-d'œuvre qualifiée et expérimentée peut-il laisser se perpétuer une telle situation, alors qu'elle ne fait qu'accélérer l'exode de son propre personnel? Cette roue ne cesse de tourner, augmentant à son tour le nombre de quarts en TSO, le non-remplacement de membres de l'équipe de soins, la surcharge de travail et la substitution de titres d'emplois que subissent les professionnelles en soins, qui ne songent alors qu'à quitter à leur tour ce réseau qui ne les reconnaît pas à leur juste valeur.

Pourtant, la « pénurie » de professionnelles en soins, tant invoquée par les gestionnaires du réseau et le gouvernement pour justifier le recours à la MOI n'est pas la cause profonde de cette croissance démesurée des agences. Comme le souligne à juste titre l'Institut de recherche et d'information socioéconomiques : « Si les établissements du réseau recourent massivement à la MOI, c'est bien parce que cette main-d'œuvre existe; elle n'est tout simplement pas employée par le RSSS⁹ ». Puisque le bassin de main-d'œuvre infirmière et cardio-respiratoire est limité, les professionnelles en soins qui travaillent en agences ou en entreprise privée ne sont pas employées dans le réseau public. Or, le gouvernement favorise encore et toujours la délocalisation des activités du réseau public vers le privé, ce qui favorise l'exode des professionnelles en soins. Pensons, notamment, aux groupes de médecine familiale (GMF) qui ont remplacé les CLSC comme porte d'accès à la première ligne de soins, aux 29 contrats octroyés à des cliniques médicales spécialisées (CMS) pour la reprise des chirurgies ou encore à la construction prochaine de minis-hôpitaux privés alors même que l'on sabote les plans de modernisation de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, qui a grandement besoin d'augmenter sa capacité hospitalière. Quand le gouvernement dépense l'argent public au privé plutôt qu'en salaire et en

⁹ Anne PLOURDE. *Les agences de placement comme vecteurs centraux de la privatisation des services de soutien à domicile*, Institut de recherche et d'information socioéconomiques, Janvier 2022, p. 12.

bonnes conditions de travail pour son propre personnel, il ne peut se surprendre de la désertion de celui-ci vers le privé. De toute évidence, les « partenaires d'affaires » en santé, sont devenus les « compétiteurs » du réseau de la santé en matière de recrutement de main-d'œuvre. Il ne tient qu'au gouvernement de mettre en place des moyens forts pour stopper cette hémorragie et rapatrier les investissements et le personnel vers le cœur de notre système de santé, le réseau public.

PARCE QUE LE RECOURS À LA MOI DÉSTABILISE L'ORGANISATION DU TRAVAIL ET LA CONTINUITÉ DES SOINS

Les effets potentiellement préoccupants de la MOI sur la qualité des soins sont multiples et méritent d'être soulignés. Bien que les professionnelles travaillant pour les agences de placement possèdent les mêmes compétences en soins que celles travaillant pour le RSSS, le recours à la MOI a des impacts sur l'organisation du travail et sur la prestation des soins. Recourir à la MOI entraîne l'arrivée constante de nouvelles professionnelles en soins. Ne connaissant pas l'équipe, les processus et les lieux de travail, tout-e nouvel-le employé-e est moins efficace que ses collègues expérimenté-e-s. Cela est vrai dans tous les secteurs d'activités et dans tous les milieux, incluant les soins de santé, ce qui peut avoir un impact sur la qualité des soins.

C'est surtout par la discontinuité des soins que le recours à la MOI détériore la qualité des soins offerts dans le RSSS. La continuité des soins est pourtant essentielle à l'obtention de résultats positifs en santé¹⁰. À l'inverse, une discontinuité des soins génère des complications et des détériorations de l'état de santé des patientes et des patients¹¹.

La continuité des soins est « la capacité à organiser les soins dispensés à un patient spécifique sans interruption, ni dans le temps ni entre les acteurs, ainsi que la capacité à couvrir le cours de la maladie dans son entièreté¹² ».

¹⁰ LE COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA. 2021, *La valeur de la continuité des soins : un investissement dans les soins primaires pour réduire les coûts et améliorer la qualité de vie*. [En ligne], [<https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Ressources/Prestation-des-soins-de-sant%C3%A9/Continuity-of-Care-one-pager-FRE.pdf>] (Consulté le 21 février 2023).

¹¹ OIIQ. 2014, *Optimiser la contribution des infirmières et infirmiers pour améliorer l'accès aux soins, assurer la qualité et la sécurité des soins et contrôler les coûts*. Présenté dans le cadre des travaux de la Commission de révision permanente des programmes le 21 octobre 2014.

¹² VERS UNE BELGIQUE EN BONNE SANTÉ. Sans date, *Continuité des soins*. [En ligne], [<https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/qualite-des-soins/continuite-des-soins>] (Consulté le 24 février 2023).

Ainsi, la continuité des soins est particulièrement critique lorsque les soins requis sont multiples, s'échelonnent sur une longue période et doivent être offerts par une équipe interdisciplinaire¹³. Les soins prodigués dans les établissements du RSSS rencontrent habituellement toutes ces caractéristiques. Ainsi, il s'avère crucial pour le RSSS de prendre les moyens nécessaires pour assurer la continuité des soins et les directions de soins infirmiers doivent notamment s'intéresser aux impacts de l'utilisation de la MOI sur la continuité des soins. Quand elles ne le font pas, la qualité des soins est à risque.

En quoi la MOI entraîne-t-elle une discontinuité des soins dans le RSSS? D'emblée, la MOI est un acteur supplémentaire à intégrer à la chaîne complexe de la prestation des soins. Son arrimage n'ajoute rien à la qualité des soins, contrairement au travail en équipe interprofessionnelle, par exemple. Cet effort d'arrimage est important, considérant la proportion des employé-e-s provenant de la MOI dans les établissements et dans certains centres d'activités du RSSS. Actuellement, le portrait fait par plus de 32 syndicats¹⁴ couvrant la quasi-totalité des établissements du Québec indique que certains centres d'activités ont atteint des niveaux de dépendances à la MOI à des pourcentages pouvant aller jusqu'à 80 % des ressources nécessaires à la prestation des soins requis par les patient-e-s.

La continuité des soins exige des professionnelles qu'elles communiquent entre elles¹⁵. Celles-ci doivent notamment transmettre les informations pertinentes aux autres professionnelles pendant leurs quarts de travail. Elles doivent aussi transmettre des informations aux professionnelles qui prendront la relève après leur quart de travail¹⁶. Ces professionnelles doivent prendre connaissance et comprendre les informations transmises au début de leur quart de travail. Or, la MOI est bien souvent une actrice étrangère à l'établissement où elle travaille. Elle connaît peu son milieu, son organisation du travail (par exemple les codes d'accès aux lieux et au matériel, les rôles

¹³ CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SAINTE-JUSTINE. Comité de bioéthique, 2010, *La continuité des soins : une responsabilité collective : avis du comité bioéthique du CHU Sainte-Justine*. Éditions du CHU Sainte-Justine. [En ligne], [<https://www.chusj.org/CORPO/files/d7/d7a0e8c1-a189-45b7-957b-757525978033.pdf>] (Consulté le 22 février 2023).

¹⁴ Recherche interne FIQ.

¹⁵ CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SAINTE-JUSTINE. Comité de bioéthique, 2010, *La continuité des soins : une responsabilité collective : avis du comité bioéthique du CHU Sainte-Justine*. Éditions du CHU Sainte-Justine. [En ligne], [<https://www.chusj.org/CORPO/files/d7/d7a0e8c1-a189-45b7-957b-757525978033.pdf>] (Consulté le 22 février 2023).

¹⁶ Myriam BRISSON, Éric ROY, Martine GAGNÉ et Martin SIMARD. 2022, *Assurer la continuité des soins : une question de sécurité!* OIIQ.[En ligne], [<https://www.oiiq.org/assurer-la-continuite-des-soins-une-question-de-securite#:~:text=L'infirmi%C3%A8re%20qui%20exerce%20dans,professionnels%20qui%20prendront%20sa%20rel%C3%A8ve>] (Consulté le 24 février 2023).

de chacune et les directives à suivre), ses collègues, ses patient-e-s, etc. Pour assurer la continuité des soins, la professionnelle d'agence transmet une information qu'elle connaît peu à des professionnelles qu'elle connaît peu... Rien ne peut se substituer à l'expérience et à la bonne connaissance d'un milieu de soins.

Le rapport d'enquête visant entre autres à « évaluer les aspects permettant d'assurer la qualité des services médicaux et des soins infirmiers » à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM) et au CHSLD Herron durant la première vague de la pandémie de COVID-19 a d'ailleurs révélé que la continuité des soins avait été « nettement compromise » en raison d'une transmission d'information incomplète par un personnel « sans connaissance du milieu et de la clientèle¹⁷ ». Bien que le CHSLD Herron soit un CHSLD privé non conventionné, les problèmes observés par cette enquête valent aussi pour les établissements du RSSL. Les professionnelles d'agence ne connaissent pas le milieu ni les patient-e-s. Ainsi, la transmission d'informations exige du temps et est mal comprise par le personnel d'agence, compromettant la continuité des soins.

La collaboration entre professionnelles est aussi essentielle à la continuité des soins¹⁸. Or, le recours à la MOI génère une iniquité entravant la collaboration et donc la continuité des soins. Lorsqu'un établissement fait appel au personnel d'agence, il risque de mettre en présence des professionnelles effectuant les mêmes tâches, mais recevant une rémunération différente. Selon le même rapport d'enquête sur la première vague de COVID-19, l'iniquité salariale perçue entre les employées d'agences et celles du CHSLD a diminué l'entraide entre collègues¹⁹. Cela a probablement contribué à la piètre continuité des soins observée. Plusieurs études ont montré que là où la continuité échoue, la collaboration est presque toujours en cause²⁰.

¹⁷ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, OIIQ, et OIIAQ. Janvier 2021, *Rapport d'enquête sur la qualité des services médicaux et des soins infirmiers au CHSLD Herron et à l'institut de Montréal durant la première vague de la pandémie de COVID-19*, p. 45.

¹⁸ CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SAINTE-JUSTINE. Comité de bioéthique. 2010, *La continuité des soins : une responsabilité collective : avis du comité bioéthique du CHU Sainte-Justine*. Éditions du CHU Sainte-Justine. [En ligne], [<https://www.chusj.org/CORPO/files/d7/d7a0e8c1-a189-45b7-957b-757525978033.pdf>] (Consulté le 22 février 2023).

¹⁹ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, OIIQ, et OIIAQ. Janvier 2021, *Rapport d'enquête sur la qualité des services médicaux et des soins infirmiers au CHSLD Herron et à l'institut de Montréal durant la première vague de la pandémie de COVID-19*.

²⁰ Michèle CLÉMENT et Denise AUBÉ. 2002, *La continuité des soins : une solution? Perspective des personnes avec comorbidité*. Santé mentale Québec. Volume 27, numéro 2. Pages 180 à 197.

La stabilité des équipes de travail est inhérente à la continuité des soins²¹. Au contraire, l'instabilité du personnel entrave cette continuité. Malheureusement, le RSSS traite les professionnelles, notamment la MOI, comme des « bras » interchangeables. Toute professionnelle compétente aurait de la difficulté à pratiquer à la hauteur des standards professionnels dans un environnement instable. Les « effets catastrophiques sur la qualité des soins [du] taux de roulement très élevé des employés » ont été soulignés par un rapport d'enquête sur la qualité des services médicaux et des soins infirmiers durant la première vague de la pandémie de COVID-19²².

S'il est possible que les mêmes professionnelles d'agence travaillent sur les mêmes unités de soins, cela exige un effort de coordination de la part des gestionnaires du RSSS qui est loin d'être garanti. Dans de nombreux établissements du RSSS, le taux de roulement de la MOI est si fort, que les professionnelles en soins venant d'une agence sont différentes d'un jour à l'autre. Les équipes de travail régulières sont ainsi déstabilisées. S'ajoutent à leur charge de travail et à leur fatigue, l'orientation et la formation de la MOI, et ce, à presque chaque quart de travail. Les équipes de soins doivent adapter et modifier leur organisation de la prestation des soins en fonction du fait qu'une partie des ressources provenant de la MOI ne sera présente que pour quelques quarts de travail, voire pour un seul quart de travail.

Par ailleurs, le recours à la MOI par certains établissements a provoqué une augmentation du roulement du personnel en raison de l'iniquité salariale perçue entre le personnel d'agence et le personnel à l'emploi de l'établissement. Le rapport d'enquête portant sur la première vague de la pandémie²³ indique que certains groupes de préposés ont découragé les nouvelles personnes embauchées par rapport à leur salaire. Plusieurs employées se sont déclarées malades les fins de semaine pour travailler ailleurs, générant une importante indisponibilité de personnel.

Pour toutes ces raisons, ce rapport d'enquête a émis la recommandation suivante :

« (...) que la DSI [direction des soins infirmiers] et la directrice du programme SAPA [Soutien à l'autonomie des personnes âgées] prennent les moyens

²¹ Michèle CLÉMENT et Denise AUBÉ. 2002, *La continuité des soins : une solution? Perspective des personnes avec comorbidité*. Santé mentale Québec. Volume 27, numéro 2. Pages 180 à 197.

²² COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, OIIQ, et OIIAQ. Janvier 2021, *Rapport d'enquête sur la qualité des services médicaux et des soins infirmiers au CHSLD Herron et à l'institut de Montréal durant la première vague de la pandémie de COVID-19*, p. 45.

²³ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, OIIQ, et OIIAQ. Janvier 2021, *Rapport d'enquête sur la qualité des services médicaux et des soins infirmiers au CHSLD Herron et à l'institut de Montréal durant la première vague de la pandémie de COVID-19*. p. 20 et 70.

nécessaires afin d'assurer la stabilité des membres des équipes de soins, et ce, dans les deux établissements visés par l'enquête²⁴. »

À la lumière de ce constat, le RSSS devrait éliminer le recours à la MOI grâce à un projet de loi fort et réellement contraignant, car elle déstabilise son personnel. Cesser de façon urgente l'utilisation de la MOI devrait être une priorité des directions cliniques, dont les directions de soins infirmiers, partout au Québec. Elles devraient en être tenues responsables, en collaboration avec la Direction nationale des soins et services infirmiers du MSSS.

Recommandation 2

Parce que le fonctionnement même des agences de placement vient déstabiliser l'organisation du travail, la stabilité des équipes et par conséquent la continuité des soins, la FIQ recommande que le projet de loi n° 10 prévoit que les directions de soins infirmiers des établissements soient responsables et imputables de l'élimination du recours aux agences de santé privées, et ce, en collaboration avec la Direction nationale des soins et services infirmiers et l'ensemble du MSSS.

²⁴ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, OIIQ, et OIIAQ. Janvier 2021, *Rapport d'enquête sur la qualité des services médicaux et des soins infirmiers au CHSLD Herron et à l'institut de Montréal durant la première vague de la pandémie de COVID-19*. p. 20 et 70.

Projet de loi n°10 : le gouvernement a troqué la fermeté contre la flexibilité

11

En décembre 2022, le gouvernement a mis à jour une circulaire destinée aux gestionnaires du réseau les invitant à, notamment, limiter le recours à la MOI et à présenter des rapports bimensuels au ministère afin de démontrer leur bonne foi. Ce premier pas est le résultat d'un engagement pris lors de la dernière négociation nationale, dans l'objectif de poursuivre la réduction de l'utilisation de la MOI. En effet, cette circulaire datant de 2011 avait déjà été mise à jour à quelques reprises sans impact significatif sur le recours à la MOI. En parallèle, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a récemment lancé un appel d'offres visant à imposer certaines contraintes aux agences privées, tentant ainsi de réduire l'iniquité entre les conditions de travail du personnel du réseau et celui des agences. La FIQ a pris acte de ces premières étapes. Malheureusement, ces deux recours ont eu peu d'impact sur le terrain. La circulaire n'implique aucune sanction aux gestionnaires réfractaires et ne permet pas d'imposer la vision du MSSS. L'appel d'offres, quant à lui, est suspendu en raison d'une contestation devant les tribunaux par les agences, mécontentes de voir leur marge de manœuvre et de profit restreinte²⁵. Ce même appel d'offres a également fait l'objet d'une plainte auprès de l'Autorité des marchés publics plus tôt cette année. Cette situation est la preuve que tant qu'il y aura des agences privées, elles contesteront les limites qui leur sont imposées. D'où l'importance que le projet de loi vise à éliminer le recours à la MOI dans le réseau public et non seulement à le limiter.

L'INTENTION DU PROJET DE LOI : LIMITER ET NON ÉLIMINER

En effet, pour la Fédération, qui réclame l'élimination progressive de la MOI, l'objectif du projet de loi n° 10 n'est pas assez ambitieux. « Limiter » le recours à la MOI manque d'audace et de détermination. Comme pour tout produit dans un marché, la demande pour la main-d'œuvre indépendante varie selon plusieurs variables conjoncturelles, sociétales, politiques, économiques et démographiques. En 2011, la circulaire afin de limiter le recours à la MOI avait eu pour effet de diminuer de plus de 11 % la MOI en deux ans²⁶. Toutefois, comme l'objectif n'était pas d'éliminer, mais de seulement limiter la MOI, l'impact de cette circulaire a été de courte durée. Dès que l'occasion s'est

²⁵ Fanny LÉVESQUE, *Un appel d'offres d'envergure suspendu*, La Presse, 19 janvier 2023, [En ligne], <https://www.lapresse.ca/actualites/politique/2023-01-19/main-d-oeuvre-independante/un-appel-d-offres-d-envergure-suspendu.php>. Et Louise LEDUC, *Les agences privées de placement gagnent une manche contre Québec*, La Presse, 8 mars 2023, [En ligne], <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2023-03-08/cour-superieure/les-agences-privées-de-placement-gagnent-une-manche-contre-quebec.php>

²⁶ Sara CHAMPAGNE, *Diminution du recours aux infirmières d'agences privées*. La Presse. 6 décembre 2012, [En ligne], <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201211/30/01-4599287-diminution-du-recours-aux-infirmieres-dagences-privées.php>.

présentée, soit lorsque les professionnelles en soins du réseau public ont quitté le réseau en raison de leurs conditions de travail intolérables, les agences privées ont repris possession du marché. Les chiffres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec sont clairs à cet effet : « la proportion des membres exerçant leur emploi principal par l'intermédiaire d'une agence était en diminution depuis 2012-2013, pour remonter depuis 2020-2021 et atteindre en 2021-2022 un niveau semblable à celui de 2012-2013²⁷ ». Cette tendance à la hausse est donc observable depuis quelques années et n'est pas due uniquement à la situation pandémique.

Ainsi, si le but du gouvernement est réellement de sevrer le réseau public de la MOI, le projet de loi ne doit pas s'arrêter à la limitation du phénomène, mais bien viser son élimination complète. Autrement, le scénario est appelé à se répéter sans fin. Surtout que le gouvernement a choisi la voie réglementaire plutôt que législative pour introduire ce changement. Dès que le réseau public sera vulnérable, les agences auront le beau jeu : elles pourront profiter d'un terrain fertile, sans contrainte législative, pour réécrire les règles du jeu à leur avantage.

Recommandation 3

La FIQ recommande que l'intention du projet de loi soit modifiée afin qu'il vise l'élimination progressive, mais claire, de la MOI dans le réseau public de santé et non uniquement sa limitation.

CHOISIR LA VOIE RÉGLEMENTAIRE PLUTÔT QUE LÉGISLATIVE

Afin de donner un coup de barre et de contrer la réplique des agences privées, la FIQ est d'avis que le gouvernement aurait dû inclure des balises claires dans le projet de loi plutôt que de les réserver à un règlement. Pour véritablement permettre au gouvernement d'atteindre son objectif de sevrer le réseau public de la MOI, le projet de loi aurait dû non seulement envoyer un message fort, mais également comporter des garanties.

Le gouvernement avait clairement une marge de manœuvre pour inclure certaines limites au projet de loi, mais il a préféré la voie réglementaire. Il ne s'en cache pas, il a pris goût à cette latitude, acquise durant la pandémie, alors qu'il gouvernait par décret. Inclure le cadre limitatif de la MOI dans un règlement permet en effet au gouvernement de le modifier sans consultation,

²⁷ OIIQ. *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec. 2020-2021*, p. 25, [En ligne], https://www.oiq.org/documents/20147/13882675/Rapport_statistique_2021-2022-1.pdf.

sans opposition, sans débat avec les partis d'opposition et la société civile, incluant les syndicats. Fonctionner par règlement offre sans doute une plus grande flexibilité au gouvernement et il évite du même coup le processus démocratique, plus transparent, qui est essentiel lorsqu'on s'attaque à un enjeu qui a autant d'impacts sur le réseau de la santé.

Inscrire simplement des contraintes dans un règlement permet de les modifier selon les intérêts politiques du moment. Ainsi, en n'officialisant aucune contrainte dans une loi, on ne peut s'attaquer de façon durable à la MOI dans le RSSS.

Le projet de loi n° 10 passe donc à côté de l'essentiel et reste muet sur la nature des exigences qui seront imposées aux agences de main-d'œuvre indépendante et la durée maximale de la période transitoire qui devra, à terme, mener à son élimination complète. Le ministre de la Santé a clairement indiqué que cette stratégie était délibérée, parce qu'elle offre plus de flexibilité dans la mise en œuvre de son plan. Les objectifs identifiés qu'il a identifiés ne font malheureusement pas partie du projet de loi à l'étude, ce qui nous prive d'un débat sur le fond.

Représentant plus de 80 000 infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes cliniques du réseau de la santé, la FIQ comprend sans doute mieux que quiconque l'impact du sevrage de la MOI sur la charge de travail des soignantes et sur l'organisation du réseau, particulièrement dans certaines régions extrêmement dépendantes à la MOI, telles que l'Abitibi-Témiscamingue et le Bas-Saint-Laurent. La FIQ est d'avis que l'élimination des agences doit se faire progressivement, afin de limiter les impacts négatifs d'un tel changement sur les professionnelles en soins et les patient-e-s, notamment dans les régions les plus touchées. Cela dit, la FIQ reste convaincue que des balises fortes et claires pour éliminer progressivement la MOI auraient dû se retrouver dans le projet de loi.

Le projet de loi n° 10 ne comprend donc ni les balises ni les normes que devront respecter les établissements avant de recourir à la MOI (imposition du TSO et des quarts de travail défavorables, tarif maximum, échéancier, etc.). L'échéancier rapide tant vanté par le gouvernement en conférence de presse n'est pas inclus dans le projet de loi. Ce dernier ne définit pas non plus les différentes catégories régionales (milieux urbains, secteurs mitoyens, secteurs éloignés). Ce ne sont donc que de bonnes intentions, sans plus.

Recommandation 4

La FIQ recommande que toutes les balises nécessaires à l'élimination progressive de la MOI (cibles annuelles de recours à la MOI, échéanciers, définition des catégories régionales, critères de base des appels d'offres gouvernementaux) soient incluses dans le projet de loi n° 10 et non dans un règlement ultérieur. Cette modification est essentielle à ce que le projet de loi n° 10 assure réellement l'élimination progressive de la MOI.

Les éléments incontournables qui doivent être inclus dans le projet de loi n° 10

15

DES CONDITIONS ASSURANT LA SÉCURITÉ ET LA CONTINUITÉ DES SOINS

Bien que le recours à la MOI altère la continuité et la sécurité des soins, le projet de loi ne prévoit aucune condition spécifique pour assurer des soins de qualité. À titre de rappel, l'article 5 de la Loi sur la Santé et les Services sociaux (LSSS) nomme le droit à la continuité des soins :

« Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire²⁸ ».

Malgré cette obligation, les décisions de gestion ont des impacts sur les soins, qui ne semblent pas toujours pris en compte. Les infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes cliniques le disent depuis toujours : le personnel n'est pas interchangeable et les impacts sur les patient-e-s et les professionnelles en soins doivent être à la base des décisions prises dans le RSSS.

Le retrait de la MOI doit viser la qualité des soins, incluant leur sécurité et leur continuité. Il s'agit ici d'une responsabilité extrêmement importante relevant des directions des soins infirmiers et des autres directions cliniques. La période transitoire vers l'éradication de la MOI doit aussi se faire en respectant les conditions de travail et d'exercice des professionnelles en soins.

Recommandation 5

La FIQ recommande que le projet de loi n° 10 inclut des conditions et des critères visant à assurer le droit des patient-e-s à recevoir des soins de qualité, humains et sécuritaires pendant la période transitoire menant à l'élimination de la MOI du réseau public de santé.

UNE PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE RIGOUREUSE

La dépendance actuelle du RSSS à la MOI peut s'expliquer par les décisions de gestion prises dans les dernières années. Une planification des ressources « juste à temps », qui ne permet pas d'avoir le personnel suffisant pour faire

²⁸ LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX. Chapitre S-4.2. Légis Québec. [En ligne], [<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-4.2?&cible>] (Consulté le 24 février 2023).

face aux imprévus typiques des soins de santé²⁹ et le manque d'attention accordée à la planification de la main-d'œuvre sont notamment à blâmer. La planification de la main-d'œuvre permet de déterminer les futurs besoins, en tenant compte de l'ensemble des facteurs, dont la variable sociodémographique. La FIQ recommande donc qu'une planification de la main-d'œuvre (PMO) locale et nationale rigoureuse soit réalisée en continu, aussi fréquemment que nécessaire pour éradiquer le recours à la MOI. Sans planification adéquate des effectifs, il est impossible de mettre en œuvre les stratégies pertinentes pour assurer la présence des professionnelles requises en nombre suffisant, et ce, partout dans le RSSS.

Malheureusement, les derniers exercices nationaux d'envergure de planification de la main-d'œuvre des professionnelles en soins, effectués de façon paritaire et transparente, datent du début des années 2000³⁰, alors que la réalité du RSSS et les besoins de santé de la population étaient fort différents. Dans le contexte d'élimination du recours à la MOI, une planification de la main-d'œuvre utile doit dépasser le simple portrait et éviter le travail en silo de groupes qui excluent les organisations représentant les salariées. Ce sont malheureusement les avenues que semble actuellement préconiser le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Depuis plus de 20 ans, les écrits scientifiques sont unanimes : des équipes de soins stables et suffisantes sont nécessaires à la sécurité des patient-e-s et des professionnelles en soins. Qui plus est, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) tire comme leçon de la pandémie de COVID-19 l'importance d'investir des ressources substantielles pour favoriser l'attraction et la rétention du personnel³¹.

Recommandation 6

La FIQ recommande que le projet de loi n° 10 prévoit un exercice de PMO en continu afin de pouvoir compter sur le personnel suffisant pour assurer l'offre de services du réseau public de santé sans avoir recours à la MOI.

²⁹ Louis GUERTIN. 2021, *Splendeurs et misères du temps supplémentaire obligatoire*. CAIJ, Volume 492 — Développements récents en droit du travail.

³⁰ Des exemples de tels exercices sont le Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière et le Groupe de travail sur la planification de la main-d'œuvre infirmiers et infirmières auxiliaires. Leurs rapports ont été déposés en 2001.

³¹ ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES. 2023, *Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience*.

LA FIN DES INIQUITÉS

La FIQ est d'avis que le projet de loi n° 10 devrait inclure des mesures gouvernementales afin de mettre fin aux iniquités entre les conditions de travail des infirmières, des infirmières auxiliaires, des inhalothérapeutes et des perfusionnistes cliniques du réseau public et celles des agences jusqu'à ce que le recours à la MOI ait complètement cessé. Par exemple, **la FIQ juge inacceptable qu'une salariée du réseau soit déplacée ou voie son horaire modifié, parce que le personnel d'agence refuse de travailler les quarts défavorables ou dans certains centres d'activités.**

Ces mesures devraient viser à ce que l'emploi de personnes salariées du RSSS soit privilégié et que le recours à la MOI soit une solution de dernier recours.

Recommandation 7

La FIQ recommande que les mesures suivantes soient incluses dans le projet de loi n° 10 pendant la période transitoire menant à l'élimination complète de la MOI :

- ◆ Que les établissements octroient seulement des affectations ponctuelles aux professionnelles en soins d'agences privées afin de privilégier l'octroi des affectations prolongées aux professionnelles en soins du réseau public lorsqu'elles sont disponibles.
- ◆ Afin d'éviter de déplacer une professionnelle en soins employée du réseau ou de modifier son horaire, que les établissements combent le besoin en déplaçant ou en recourant à une professionnelle en soins d'agence privée qui répond aux exigences du poste et/ou en modifiant son horaire.
- ◆ Que de la direction des soins infirmiers des établissements, en collaboration avec la direction nationale des soins et services infirmiers, prenne des mesures concrètes pour que les inconvénients et le fardeau d'assurer le suivi des soins soient assumés équitablement entre les professionnelles en soins du réseau et celles des agences puisqu'elles travaillent dans les mêmes équipes, sous le même contrôle et la même surveillance.

- ♦ Que les taux facturés par les agences soient réduits au maximum et que les agences ne puissent pas facturer le temps supplémentaire effectué par les salariées assignées par son intermédiaire à taux et demi ³²;
- ♦ Advenant qu'il y ait des quarts de travail favorables et défavorables à pourvoir, que les établissements soient forcés de privilégier leur personnel pour les quarts favorables;
- ♦ Que le ministère de la Santé et des Services sociaux impose des mesures contraignantes et des pénalités aux agences qui ne respectent pas les règles mises en place et/ou qui exercent des moyens de pression, comme menacer les établissements de retirer leurs ressources dans le but de se soustraire aux règles;
- ♦ Qu'un mandat temporaire soit donné à la Commission de la santé et des services sociaux afin qu'elle évalue les impacts de la main-d'œuvre indépendante sur la rémunération des salarié-e-s de l'État, sur les patient-e-s et sur la qualité des soins en visant principalement l'élimination de la MOI. Ce mandat devra aboutir à la proposition d'un processus visant à établir le tarif maximum pouvant être exigé par les agences afin de maintenir l'équilibre dans la dotation des effectifs permanents au sein des établissements de santé. Un rapport à cet effet devra être remis par ladite Commission³³.

RÉDUIRE LA CAPACITÉ DES AGENCES À FAIRE DE LA SOLLICITATION

Depuis 2011, les mesures pour tenter d'encadrer la sollicitation et le recrutement des professionnelles en soins du RSSS par les agences n'ont pas eu les effets escomptés. Trop souvent, les règles édictées n'ont pas été respectées³⁴.

³² Il est entendu que la salariée est en droit d'être rémunérée à taux et demi pour le temps supplémentaire effectué.

³³ Une loi similaire a été adoptée en mars 2022 en Oregon (États-Unis) et qui prendra pleinement effet en juillet 2023 et au Connecticut (États-Unis). Voir : [En ligne], [\[https://olis.oregonlegislature.gov/liz/2022R1/Downloads/MeasureDocument/SB1549/Enrolled\]](https://olis.oregonlegislature.gov/liz/2022R1/Downloads/MeasureDocument/SB1549/Enrolled).

³⁴ Conformément à la circulaire de 2011 il était interdit de travailler dans la même région si la personne avait un emploi avec l'établissement de la région. Donc, une salariée qui avait un emploi dans un établissement de Montréal, pouvait être affectée par l'intermédiaire d'une agence dans les Laurentides, Lanaudière, Laval et/ou la Montérégie. La circulaire a ensuite été mise à jour en 2021. Il est désormais interdit d'assigner une salariée dans la région, par l'intermédiaire d'une agence, si celle-ci a déjà un lien d'emploi avec un établissement du RSSS. Même les règles plus strictes adoptées par arrêté se sont avérées difficiles à appliquer.

Pour cette raison, la FIQ est d'avis que le projet de loi n° 10 doit prévoir explicitement des mesures visant à réduire la capacité des agences à solliciter les professionnelles en soins du réseau public jusqu'à ce que l'élimination complète de la MOI soit achevée.

Recommandation 8

La FIQ recommande que le projet de loi interdise aux agences de placement d'assigner une professionnelle en soins ayant déjà un lien d'emploi ou l'ayant quitté depuis moins d'un (1) an avec un établissement public dans la même région administrative ou dans une des régions limitrophes.

ADOPTION D'UN PLAN D'ACTION ET MISE EN PLACE DE MESURES DE CONTRÔLE ET DE SUIVI

Dans le but d'éliminer la MOI du RSSS, il sera essentiel que chaque établissement se dote d'un plan d'action adapté à sa situation, à son niveau de dépendance envers la MOI et aux cibles établies. Un des principes qui doit guider les établissements dans cette transition est celui d'assurer le suivi, la continuité et la qualité des soins de santé. En outre, il faudra s'assurer que les mécanismes de suivi et de contrôle appropriés soient mis en place.

Actuellement, le taux de recours à la MOI fait partie des indicateurs de gestion en santé et en services sociaux, mais les décideurs s'intéressent à des données globales relatives à l'ensemble des heures travaillées dans l'établissement³⁵. Les rapports annuels des établissements de santé s'y réfèrent donc, mais les informations qui s'y retrouvent sont peu détaillées et trop souvent incomplètes.

Au plan clinique, le recours à la MOI ne semble pas non plus faire réagir les décideurs à l'heure actuelle. Pourtant, des organisations expertes telles que le National Institute for Health and Care Excellence du Royaume-Uni recommande d'évaluer le niveau de dépendance à du personnel temporaire parmi les indicateurs de sécurité des soins à suivre³⁶.

³⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Répertoire des indicateurs de gestion en santé et services sociaux*. 2022, [En ligne], [https://msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/indicateur-000055/?&txt=ind%C3%A9pendante&msss_valpub&date=DESC].

³⁶ NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. 2014, *Safe staffing for nursing in adult inpatient wards in acute hospitals*.

La FIQ recommande que le projet de loi n° 10 prévoit, de façon transitoire jusqu'à l'élimination complète du recours à la MOI :

- ◆ L'obligation pour chaque établissement de faire approuver un plan d'action par le ministre de la Santé, adapté à la réalité de son établissement, pour mettre fin au recours à la MOI dans les délais visés par la Loi;
- ◆ L'adoption d'indicateurs de gestion beaucoup plus détaillés concernant le recours à la MOI (ex. : par installation, par titre d'emploi, par centre d'activités, par quart de travail, etc.);
- ◆ Une obligation pour chaque établissement de rendre public et de mettre à jour chaque mois les données relatives au recours à la MOI, afin de s'assurer que les règles, les délais prescrits par la Loi et les plans d'action soient respectés;
- ◆ Une obligation d'agir et de prendre sans tarder des mesures pour se conformer au plan d'action, tant pour les directions de soins infirmiers et les autres directions cliniques concernées, lorsque le recours à la MOI est important dans certains milieux cliniques, ou qu'il se maintient dans le temps;
- ◆ Une interpellation automatique du ministère et de la Direction nationale des soins et services infirmiers, ainsi que des ordres professionnels visés, lorsque le recours à la MOI dépasse les cibles ou se maintient malgré l'expiration des délais.
- ◆ Une obligation de mettre en place des mesures pour pallier les effets potentiellement négatifs du recours à la MOI sur la qualité des soins, comme l'interdiction de la substitution de titres d'emplois ou la mise en place de mécanismes de communication visant à faciliter le rapport interquart, par exemple.

Le niveau de dépendance de certains établissements à l'égard de la MOI, jumelé à des problèmes d'attraction et de rétention accrus dans certaines régions comme l'Abitibi-Témiscamingue mène au constat que certains établissements auront plus de difficultés à éliminer le recours à la MOI dans leurs installations.

C'est pourquoi la FIQ propose les mesures qui suivent, s'ajoutant à celles susmentionnées, dans le but d'atteindre l'objectif d'éliminer la MOI dans le RSSS.

DES MESURES POUR CONTRAINDRE LES ÉTABLISSEMENTS À RESPECTER L'OBJECTIF D'ÉLIMINATION DE LA MOI

Jusqu'à présent, force est de constater que le gouvernement a été incapable de contraindre les établissements à respecter les règles édictées pour encadrer ou limiter le recours à la MOI. Ce constat indique que des mesures plus musclées sont requises pour assurer le respect du cadre, des cibles et des règles adoptées.

En effet, il s'avère que tolérer ou laisser croître ces agences a mené à la mise en place d'un régime parallèle de conditions de travail, pouvant grandement nuire à la rétention des salariées du RSSS. Les disparités salariales et les différences dans les horaires de travail furent si flagrantes durant la pandémie, que le gouvernement a tenté de les encadrer par arrêté ministériel pour redresser la situation³⁷.

Néanmoins, certains établissements maintenant dépendants des agences de placement de personnel ont laissé les agences dicter les règles et non le gouvernement.

La FIQ souligne que les dispositions pénales incluses dans le projet de loi n°10, qui prévoient des amendes en cas de contravention à la loi ou au règlement, sont un pas dans la bonne direction.

Recommandation 10

Jusqu'à ce que l'élimination complète de la MOI, la FIQ recommande de :

- ◆ **Prévoir que les amendes imposées servent à financer la création de postes stables, le développement professionnel et la bonification des conditions de travail dans le RSSS;**
- ◆ **Contraindre les établissements de se soumettre à des mesures de redressement et des correctifs énoncés par le MSSS;**
- ◆ **Sanctionner quiconque exerce des pressions sur un établissement ou un gestionnaire du RSSS ou menace de retirer des ressources dans le but de contrevenir ou de contourner les règles établies par la Loi et la réglementation.**

³⁷ Or, malgré cette réglementation, les agences ne se soumettent pas toutes à cette réglementation et des établissements ont avoué ne pas être en mesure de respecter les plafonds tarifaires, faute de trouver du personnel acceptant de travailler dans ces conditions.

DES MESURES POUR RENFORCER LA SURVEILLANCE ET LE CONTRÔLE

Si les établissements retiennent les services des agences de placement, ce n'est pas pour leur expertise en soins infirmiers. C'est plutôt parce qu'elles fournissent des professionnelles qui ont elles-mêmes l'expertise nécessaire pour être intégrées dans une équipe de soins.

Dans un hôpital ou un CHSLD, les seules autorités qui contrôlent et surveillent les soins dispensés sur les lieux de travail sont l'établissement et la DSI. Les agences n'ont pas accès aux lieux de travail, pas plus qu'aux dossiers des patient-e-s, ni aux intervenant-e-s du milieu. Lorsqu'il intègre la MOI dans ses équipes de soins, un établissement ne délègue pas sa mission, son rôle et ses responsabilités en matière de prestation, de qualité et de continuité des soins dispensés dans ses installations. Il en reste le seul responsable.

Néanmoins, trop souvent on assiste à une certaine déresponsabilisation des gestionnaires et des directions des soins infirmiers par rapport à cette main-d'œuvre temporaire (mais qui est présente en permanence).

C'est l'établissement qui est imputable des soins dispensés dans ses installations, et dans ce contexte, il est essentiel qu'il exerce, sans tarder, le contrôle et la surveillance qui s'impose à l'égard de l'ensemble du personnel qui fait partie des équipes de soins.

Recommandation 11

La FIQ recommande que le projet de loi n° 10 précise l'imputabilité des gestionnaires d'établissements et leur responsabilité à l'égard de l'ensemble du personnel qui compose les équipes de soins et renforce le contrôle et la surveillance à l'égard de celui-ci et de la qualité des soins qu'il prodigue dans ses installations, jusqu'à l'élimination complète de la MOI dans le réseau public.

Conclusion

23

Le ministre de la Santé est à pied d'œuvre pour réaliser son Plan santé. En ce qui concerne l'élimination du recours à la MOI, la pièce maîtresse aurait dû être le projet de loi n° 10. Toutefois, pour les raisons précédemment énumérées, il ne constitue qu'une coquille vide, des intentions sans assises concrètes, sans objectif clair ni échéancier.

Même si à terme, la fin du recours à la MOI vise essentiellement le rapatriement des travailleur-se-s d'agences au sein du réseau public de santé, le gouvernement devra d'abord concrétiser un autre grand objectif du Plan santé : faire du réseau de la santé un employeur de choix. À cet effet, l'amélioration des conditions de travail et salariales des membres de la FIQ passera par le processus de négociation. Il serait périlleux pour le gouvernement de mêler les deux processus, fort distincts. Il est de la responsabilité du gouvernement d'agir pour le bien commun en mettant fin à la pratique commerciale déloyale des agences privées de santé qui coûte cher au Trésor public en faisant le choix éclairé d'investir davantage dans le réseau public de santé.

La FIQ souhaite, depuis des années, mettre en place des conditions gagnantes pour les professionnelles en soins. Elle fait valoir ses solutions sur l'ensemble des tribunes qui lui sont offertes, dont celle de la négociation nationale. Les différentes recommandations sont issues d'une longue réflexion sur l'avenir du réseau public de santé et des services sociaux ainsi que sur l'amélioration réelle et pérenne des conditions de travail des professionnelles en soins. Nos revendications sont légitimes et il serait peu opportun de faire porter le blâme des échecs du gouvernement quant à l'élimination de la MOI à notre organisation syndicale. Le projet de loi n° 10 est un projet de loi du gouvernement et il n'en tient qu'à lui de faire en sorte qu'il porte ses fruits.

Car la question de l'attraction et de la rétention des professionnelles en soins dans le réseau public ne passe pas seulement par l'élimination de la MOI. Bien que l'on compte 2 400 infirmières qui pratiquent en agences privées en sur les 82 271 infirmières inscrites au tableau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec en 2021-2022³⁸, soit 3 % d'entre elles, c'est plus de 9 % des infirmières qui travaillent dans le secteur privé en général, tous employeurs confondus³⁹⁴⁰. C'est donc dire qu'éliminer les agences sans

³⁸ OIIQ. *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec. 2021-2022*, p. 19. [En ligne], https://www.oiiq.org/documents/20147/13882675/Rapport_statistique_2021-2022-1.pdf.

³⁹ OIIQ. *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec. 2020-2021*, p. 25. [En ligne], https://www.oiiq.org/documents/20147/13882675/Rapport_statistique_2021-2022-1.pdf.

⁴⁰ À noter que le nombre d'infirmières auxiliaires et d'inhalothérapeutes travaillant au privé, et en agences privées n'est pas connu.

améliorer le salaire, réduire la charge de travail et assurer la conciliation travail-famille ou en continuant d'organiser le travail des professionnelles en croyant, faussement, qu'elles sont interchangeable ne fera que rediriger ces professionnelles en soins vers d'autres entreprises de santé privées. Rappelons que les derniers gouvernements n'ont pas limité les occasions de travailler au privé en santé, bien au contraire.

Évidemment, quoique la FIQ dénonce fortement que le projet de loi n° 10 ne soit pas à la hauteur des engagements pris par le gouvernement pour éliminer réellement la main-d'œuvre indépendante du réseau de la santé, la Fédération entend bien suivre de près les travaux entourant l'élaboration du règlement prévu à l'article 1 du projet de loi. Et même si le processus de publication d'un règlement ne prévoit pas de consultation ni de débats, les membres de la Commission de la santé et des services sociaux peuvent être assuré-e-s que la FIQ émettra des commentaires additionnels afin de compléter la présente analyse et de veiller à l'élimination progressive, mais définitive, des agences privées de santé au Québec.

Recommandations

25

Recommandation 1

Modifier le projet de loi n° 10 afin qu'il soit réellement contraignant et qu'il permette de s'attaquer à ce qui aurait dû être son essence même, soit l'élimination du recours à la MOI dans le réseau public de santé.

Recommandation 2

Parce que le fonctionnement même des agences de placement vient déstabiliser l'organisation du travail, la stabilité des équipes et par conséquent la continuité des soins, la FIQ recommande que le projet de loi n° 10 prévoit que les directions de soins infirmiers des établissements soient responsables et imputables de l'élimination du recours aux agences de santé privées, et ce, en collaboration avec la Direction nationale des soins et services infirmiers et l'ensemble du MSSS.

Recommandation 3

La FIQ recommande que l'intention du projet de loi soit modifiée afin qu'il vise l'élimination progressive, mais claire, de la MOI dans le réseau public de santé et non uniquement sa limitation.

Recommandation 4

La FIQ recommande que toutes les balises nécessaires à l'élimination progressive de la MOI (cibles annuelles de recours à la MOI, échéanciers, définition des catégories régionales, critères de base des appels d'offres gouvernementales) soient incluses dans le projet de loi n° 10 et non dans un règlement ultérieur. Cette modification est essentielle à ce que le projet de loi n° 10 assure réellement l'élimination progressive de la MOI.

Recommandation 5

La FIQ recommande que le projet de loi n° 10 inclue des conditions et des critères visant à assurer le droit des patient-e-s à recevoir des soins de qualité, humains et sécuritaires pendant la période transitoire menant à l'élimination de la MOI du réseau public de santé.

Recommandation 6

La FIQ recommande que le projet de loi n° 10 prévoit un exercice de PMO en continu afin de pouvoir compter sur le personnel suffisant pour assurer l'offre de services du réseau public de santé sans avoir recours à la MOI.

Recommandation 7

La FIQ recommande que les mesures suivantes soient incluses dans le projet de loi n° 10 pendant la période transitoire menant à l'élimination complète de la MOI :

- ◆ Que les établissements octroient seulement des affectations ponctuelles aux professionnelles en soins d'agences privées afin de privilégier l'octroi des affectations prolongées aux professionnelles en soins du réseau public lorsqu'elles sont disponibles.
- ◆ Afin d'éviter de déplacer une professionnelle en soins employée du réseau ou de modifier son horaire, que les établissements combtent le besoin en déplaçant ou en recourant à une professionnelle en soins d'agence privée qui répond aux exigences du poste et/ou en modifiant son horaire.
- ◆ Que de la direction des soins infirmiers des établissements, en collaboration avec la direction nationale des soins et services infirmiers, prenne des mesures concrètes pour que les inconvénients et le fardeau d'assurer le suivi des soins soient assumés équitablement entre les professionnelles en soins du réseau et celles des agences puisqu'elles travaillent dans les mêmes équipes, sous le même contrôle et la même surveillance.
- ◆ Que les taux facturés par les agences soient réduits au maximum et que les agences ne puissent facturer le temps supplémentaire effectué par les salariées assignées par son intermédiaire à taux et demi⁴¹;
- ◆ Advenant qu'il y ait des quarts de travail favorables et défavorables à pourvoir, que les établissements soient forcés de privilégier leur personnel pour les quarts favorables;
- ◆ Que le ministère de la Santé et des Services sociaux impose des mesures contraignantes et des pénalités aux agences qui ne respectent pas les règles mises en place et/ou qui exercent des moyens de pression, comme menacer les établissements de retirer leurs ressources dans le but de se soustraire aux règles;
- ◆ Qu'un mandat temporaire soit donné à la Commission de la santé et des services sociaux afin qu'elle évalue les impacts de la main-d'œuvre indépendante sur la rémunération des salarié-e-s de l'État, sur les patient-e-s et sur la qualité des soins en visant principalement l'élimination de la MOI. Ce mandat devra aboutir à la proposition d'un processus visant à établir le tarif maximum pouvant être exigé par les agences afin de maintenir l'équilibre dans la dotation des effectifs

⁴¹ Il est entendu que la salariée est en droit d'être rémunérée à taux et demi pour le temps supplémentaire effectué.

permanents au sein des établissements de santé. Un rapport à cet effet devra être remis par ladite Commission⁴².

Recommandation 8

La FIQ recommande que le projet de loi interdise aux agences de placement d'assigner une professionnelle en soins ayant déjà un lien d'emploi ou l'ayant quitté depuis moins d'un (1) an avec un établissement public dans la même région administrative ou dans une des régions limitrophes.

Recommandation 9

La FIQ recommande que le projet de loi n° 10 prévoise, de façon transitoire jusqu'à l'élimination complète du recours à la MOI :

- ◆ L'obligation pour chaque établissement de faire approuver un plan d'action par le ministre de la Santé, adapté à la réalité de son établissement, pour mettre fin au recours à la MOI dans les délais visés par la Loi;
- ◆ L'adoption d'indicateurs de gestion beaucoup plus détaillés concernant le recours à la MOI (ex. par installation, par titre d'emploi, par centre d'activité, par quart de travail, etc.);
- ◆ Une obligation pour chaque établissement de rendre public et de mettre à jour chaque mois les données relatives au recours à la MOI, afin de s'assurer que les règles, les délais prescrits par la Loi et les plans d'action soient respectés;
- ◆ Une obligation d'agir et de prendre sans tarder des mesures pour se conformer au plan d'action, tant pour les directions de soins infirmiers et les autres directions cliniques concernées, lorsque le recours à la MOI est important dans certains milieux cliniques, ou qu'il se maintient dans le temps;
- ◆ Une interpellation automatique du Ministère et de sa Direction nationale des soins et services infirmiers, ainsi que des ordres professionnels visés, lorsque le recours à la MOI dépasse les cibles ou se maintient malgré l'expiration des délais.
- ◆ Une obligation de mettre en place des mesures pour pallier les effets potentiellement négatifs du recours à la MOI sur la qualité des soins comme l'interdiction de la substitution des titres d'emplois ou la mise en

⁴² Une loi similaire a été adoptée en mars 2022 en Oregon (États-Unis) et qui prendra pleinement effet en juillet 2023 et au Connecticut (États-Unis). Voir : [En ligne], [\[https://olis.oregonlegislature.gov/liz/2022R1/Downloads/MeasureDocument/SB1549/Enrolled\]](https://olis.oregonlegislature.gov/liz/2022R1/Downloads/MeasureDocument/SB1549/Enrolled).

place de mécanismes de communication visant à faciliter le rapport interquart par exemple.

Recommandation 10

Jusqu'à ce que l'élimination complète de la MOI, la FIQ recommande de :

- ◆ Prévoir que les amendes imposées servent à financer la création de postes stables, le développement professionnel et la bonification des conditions de travail dans le RSSS;
- ◆ Contraindre les établissements de se soumettre à des mesures de redressement et des correctifs énoncés par le MSSS;
- ◆ Sanctionner quiconque exerce des pressions sur un établissement ou un gestionnaire du RSSS ou menace de retirer des ressources dans le but de contrevenir ou de contourner les règles établies par la Loi et la réglementation.

Recommandation 11

La FIQ recommande que le projet de loi n° 10 précise l'imputabilité des gestionnaires d'établissements et leur responsabilité à l'égard de l'ensemble du personnel qui compose les équipes de soins et renforce le contrôle et la surveillance à l'égard de celui-ci et de la qualité des soins qu'il prodigue dans ses installations, jusqu'à l'élimination complète de la MOI dans le réseau public.