

En référence au projet de loi No. 10

*Transition vers la coopération ou l'autosuffisance
participative en main-d'œuvre de soins*

*Sous-titre :
Questions nécessaires
Pour
De justes réponses
Et
Des solutions acceptables et efficaces*

*Préparé par Georges Tormen, B.Sc., M.A.P.
Le 26 mars 2023*

Le présent texte privilégie l'utilisation du féminin en ce qui concerne les personnes qui occupent des titres d'emplois et englobe le masculin.

Table des matières

Introduction Pour une transition vers l'autosuffisance participative	4
État employeur et entrepreneur dans toute sa complexité.....	6
Légal et légitime Jugement des tribunaux.....	7
Répression des comportements économiques abusifs ou bureaucratisation	8
Partenaires et enjeux économiques.....	12
Vision économique de (l'intervention de) l'État québécois	12
Réseau de la santé élargi.....	13
Double déconnexion des CIUSSS et des CISSS.....	14
Concurrence entre État et entreprise privée	16
Question # 1 Éliminer légalement un compétiteur	16
Phénoménologie de la dérive des coûts publics en main-d'oeuvre.....	19
Situation des effectifs du réseau de la santé et des services sociaux québécois	21
Maîtrise des coûts, mais de quels coûts parlons-nous?.....	29
Question # 2 Prévision et planification en main-d'œuvre	30
Attractivité du milieu de travail et de l'emploi	34
Contrôle budgétaire et recours aux appels d'offres	36
Question # 3 Le contrôle des coûts	36
Question # 4 Adéquation entre absences et remplacements.....	38
Comprendre les problèmes pour combler les besoins.....	38
Besoin de remplacement.....	40
Processus internes de remplacement dans des PTDT.....	43
Défection ou rétention, selon le paradigme explicatif.....	43
Les contraintes du travail requis.	44
Vie du travail : Équilibre social entre préférences individuelles et choix organisationnels	46
Question # 5 : Profils générationnels et marché du travail.....	46
Autosuffisance participative en matière de personnel en santé	49
Leçons de la pandémie sur l'entraide.....	49
Croisée des chemins	50
Question# 6 : Autosuffisance participative Un projet de société pour le Québec	51

« Coopétition » : solution gagnante	51
Conclusion	54
Annexe 1 Une expérience sur le terrain	55
Direction à donner à la GRH	55
Gestion Globale des RH	55
Lettres d'ententes locales annexées aux conventions collectives	58
Tendance sociale en matière d'entente sur le temps du travail	59
Conclusion	59
Annexe 2 Mémoire Projet de loi no 10 déposée le 15 février 2023	61
Introduction Raison d'être du projet de loi.....	63
Agences privées, TSO et défection : même problématique.....	63
Chaîne causale pour comprendre et éviter le pire et l'indésirable	64
Causes externes et internes de la pénurie de main-d'œuvre dans le réseau de la santé	66
Planification de la MDO et gestion prévisionnelle	67
Gestion des remplacements dans le contexte des conventions collectives	68
Absentéisme du personnel et vacances de postes	69
Comparaison Infirmières syndiquées des établissements de santé et infirmières des Agences de placement.....	70
Quantité et qualité des effectifs en postes et des Agences	73
Infirmière : une vocation, un métier, une technique, une profession	74
Des montants d'argent en jeu énormes.....	77
Conclusion	77
Annexe 3 Plan de transition préparé le 14 et 15 mars 2023 Complément	82
Introduction Pour des questions, des constatations et des explications.....	82
Compétition « injuste »	85
Dynamisation des Ressources humaines	85
Transition vers l'autosuffisance en RH structurée, planifiée, réalisée sur échancier	87
Conclusion	88
Annexe 4 État moderne Scénarios du possible Conséquences	89
Tableau Nature complexe de l'État québécois ou (État du Québec)	90
Tableau Scénarios possibles de l'action de l'État contre les Agences.....	91

Introduction Pour une transition vers l'autosuffisance participative

Le titre au complet de mon document est :

Questions nécessaires pour de justes réponses et pour des solutions, politiquement, socialement, économiquement et financièrement acceptables et efficaces ayant pour objectif le contrôle des coûts et la résolution du problème des ressources humaines dans les établissements de santé et de services sociaux, en référence au projet de loi No. 10¹.

Comme M. André Fortin, député de Pontiac, membre de la *Commission de la santé et des services sociaux* le disait :

« ... On a de graves problèmes puis pas juste à cause du recours à la main-d'œuvre indépendante... On a des graves problèmes de recrutement, d'attraction, de maintien de l'intérêt envers cette profession-là ». ²

De son côté, M. Vincent Marissal, député de Rosemont, y allait aussi de son interrogation en Commission :

« Parce qu'il y a quelque chose de pas normal, là, quelque chose de ne pas normal que Maisonneuve-Rosemont, mais d'autres hôpitaux aussi, ..., il y a en d'autres hôpitaux qui tirent le diable par la queue constamment, alors qu'il est vrai qu'on n'a jamais eu autant d'infirmières au Québec. Il n'y a pas de pénurie de main-d'œuvre, c'est que la main-d'œuvre n'est pas à la bonne place. Les agences n'ont aucune pénurie de main-d'œuvre. Puis on l'a dit, on nous l'a dit aussi, là, ils [Les Agences, je précise; GT] rentrent dans une RPA ou dans un centre conventionné, ils vident l'étage en deux semaines parce qu'ils ont des conditions de travail tellement avantageuses, tellement avantageuses. Alors, dites-moi qu'il manque du monde, le monde n'est pas à la bonne place puis il faut les ramener. [Je souligne, GT] » ³

Des enjeux sociaux d'importance font de cette question une amorce de ce que l'État a l'impératif d'entreprendre pour s'assurer que la Santé de la population du Québec peut être assurée avec efficacité, intelligence, agilité et créativité et ce, grâce à un personnel compétent, fidélisé, en quantité et en qualité suffisantes et disponibles.

¹Voir les Annexes 1, 2 et 3 pour les documents : « Une expérience sur le terrain »; mon « Mémoire »; mon « Plan de transition ... la dynamisation des RH ».

Si j'ai écrit le présent texte, c'est parce que je n'arrive pas m'imaginer que le « bon » l'État-employeur-entrepreneur-et-Législateur veuille entreprendre une lutte épique à finir contre la « méchante » entreprise privée que seraient les Agences de placement de personnel (en abréviation, les *Agences*).

² Extrait de l'intervention de M. André Fortin, député de Pontiac, rapporté dans le *Journal des débats de la Commission de la santé et des services sociaux*, du jeudi 16 mars 2023, Vol. 47 No 5.

³ Extrait des propos de M. Vincent Marissal à la même Commission.

État employeur et entrepreneur ⁴ dans toute sa complexité

On sait que l'État en tant qu'employeur est une réalité, qu'il intervient sur les marchés non pas seulement pour les réglementer, mais aussi comme entrepreneur, dans le but de s'approprier et de contrôler la production et la distribution de certains biens et services⁵.

Cet État employeur a aussi des responsabilités et des obligations. Au Québec, selon la CNESST⁶ :

« En tant qu'employeur, l'État a plusieurs obligations envers ses employés. Selon la Commission des normes de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), l'employeur doit respecter les normes du travail et assurer la rentabilité de l'entreprise. Les principales obligations de l'employeur sont de fournir un lieu de travail et le garder accessible, ainsi que mettre à disposition les outils, l'équipement et les autres moyens nécessaires à l'exécution de l'emploi. Il est également de son devoir d'exposer à son nouvel employé les responsabilités, les tâches et les conditions de travail liées au poste qu'il occupe. »

J'ajouterai que l'État doit assumer sa fonction de législateur en adoptant des lois justes qui respectent aussi les principes du régime économique fondé sur la liberté

⁴ État employeur : Office québécois de la langue française (en abrégiation, OQLF) nous en donne la définition suivante : « Autorité publique constitutionnellement établie pour diriger les affaires de la société politique considérée dans sa fonction distincte d'agent de relations professionnelles en face de ses propres employés. » (Dion, Gérard, 1976) et la Note qui suit précise que « Cette distinction est fondée dans la réalité et permet la négociation collective des salaires et des conditions de travail avec les syndicats des employés de l'État à l'intérieur de cadres établis par le pouvoir législatif. Il n'en reste pas moins que l'action de l'État employeur est fortement influencée par celle de l'État gouvernement et que celui-ci, dans les questions où l'intérêt public est engagé, conserve toujours un pouvoir souverain en tant que responsable du bien commun obliqué d'en rendre compte devant l'électorat. » [C'est moi qui souligne, GT).

L'État étant l'« Autorité politique souveraine d'un groupe humain établi de manière fixe sur un territoire délimité par des frontières, dont l'existence dépend juridiquement d'elle-même et qui relève directement du droit international public. » OQLF

Pour ce qui est de l'entrepreneur, nous y venons.

⁵ L'histoire nous montre que l'État peut se donner des pouvoirs étendus dont ceux de nationaliser, étatiser, collectiviser, monopoliser, naturaliser, réquisitionner, socialiser, étatiser, etc.

⁶ « La CNESST est l'organisme auquel le gouvernement du Québec a confié la promotion des droits et des obligations en matière de travail. Elle en assure le respect auprès des travailleuses et travailleurs et des employeurs québécois. » Source : [La CNESST | Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail - CNESST \(gouv.qc.ca\)](http://LaCNESST.Commissiondesnormesdelaéquitédela santéetdela sécuritédutravail - CNESST (gouv.qc.ca))

des marchés et les principes de la démocratie économique⁷. Cette dernière étant le complément de la démocratie parlementaire.

Il n'y a pas lieu de la part du Gouvernement de limiter ou d'empêcher la concurrence de l'entreprise privée pour réaliser ses propres objectifs en tant qu'entrepreneur, en tant qu'employeur et en tant qu'État, sauf s'il y a des raisons de croire que la sécurité de L'État et de la population est en danger.

Légal et légitime Jugement des tribunaux

Il ne faudrait non plus pas que les tribunaux se saisissent d'une plainte pour des pratiques anticoncurrentielles, pour de l'abus de position dominante ou pour des clauses de non-concurrence contraignantes imposées aux ex-employées par l'État québécois employeur pour (les sanctionner d') avoir délaissé leur poste en établissements de santé et s'être inscrite auprès des *Agences de placement (en abréviation, Agences)*.

Voici un enjeu qui nous fait questionner les méthodes envisagées pour résoudre un problème de pénurie de main-d'œuvre, s'il y a réelle pénurie de main-d'œuvre.

Or, il n'est pas reconnu par tous qu'il y a présentement pénurie de main-d'œuvre dans le réseau de la santé. L'État semble vouloir contraindre les entreprises privées et forcer les employées de ces entreprises pour atteindre ses propres objectifs. Ce comportement n'est pas surprenant de la part des entrepreneurs en général, publics autant que privés.

« Or au cours des dernières décennies, « *plutôt que de se battre pour attirer les consommateurs, les entreprises se sont battues pour avaler leurs concurrents* », « *Plutôt que de se battre pour attirer les travailleurs, elles ont trouvé des moyens pour garder le contrôle sur les effectifs* ». « *Et bien souvent, le Gouvernement a compliqué la tâche des entreprises qui cherchent à entrer sur un marché* », a regretté le président [américain]. »⁸

⁷ « La **démocratie économique** ou *démocratie des parties prenantes* est une philosophie socio-économique, qui propose de transférer le pouvoir décisionnel, depuis les mains des gérants et des actionnaires de l'entreprise, vers celles d'un plus grand nombre d'acteurs sociaux, y compris les travailleurs, les clients, les fournisseurs, les voisins, le grand public et les générations futures.

La démocratie économique est « une démocratie censée se juxtaposer à la démocratie politique, incarnée par la démocratie parlementaire, ou censée la compléter ». En sus de ses préoccupations éthiques, la démocratie économique a également des ambitions concrètes, comme celle de compenser le déficit de la demande effective, inhérent au capitalisme. » Source : [Démocratie économique — Wikipédia \(wikipedia.org\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/D%C3%A9mocratie_%C3%A9conomique)

⁸ Citation de TV Nouvelles. « *La Maison-Blanche part à l'assaut de pratiques anticoncurrentielles* »,

Agence France-Presse | Publié le 9 juillet 2021 à 15:30 Source : [La Maison-Blanche part à l'assaut de pratiques anticoncurrentielles | TVA Nouvelles](https://www.15m.fr/la-maison-blanche-part-a-l-assaut-de-pratiques-anticoncurrentielles)

On ne s’y réfère pas souvent, mais il existe un encadrement légal au sujet de la concurrence au Canada :

« La présente loi a pour objet de préserver et de favoriser la concurrence au Canada dans le but de stimuler l’adaptabilité et l’efficacité de l’économie canadienne, d’améliorer les chances de participation canadienne aux marchés mondiaux tout en tenant simultanément compte du rôle de la concurrence étrangère au Canada, d’assurer à la petite et à la moyenne entreprise une chance honnête de participer à l’économie canadienne, de même que dans le but d’assurer aux consommateurs des prix compétitifs et un choix dans les produits. »⁹

Il y a lieu de prendre au sérieux les agissements qui pourraient donner l’impression que l’État en tant qu’employeur et en tant qu’entrepreneur, se rend coupable de concurrence déloyale, d’abus de position et/ou de pratiques anticoncurrentielles sur les marchés publics à l’encontre d’entreprises légitimes.

Répression des comportements économiques abusifs ou bureaucratisation

Selon une logique qui a cours qui confine à la pensée magique – celle qui cherche à faire disparaître ce qui ne fait pas notre affaire -, il faudrait éliminer les *Agences* du marché libre de l’emploi.

La raison invoquée est que certaines *Agences* ont été opportunistes au détriment de l’État employeur. La surenchère de prix a rendu surréaliste la position qu’elles occupaient, aux moments de la commission des faits reprochés, en tant que fournisseurs de ressources humaines dans le *Réseau de la santé (Réseau)* et ce qui aurait été dommageable aux finances de l’État et à la réalisation de sa mission.

Les *Agences* seraient devenues, autant dans le réel que dans l’imaginaire, des concurrents inacceptables de l’État employeur, particulièrement dans les établissements de santé et de services sociaux publics, mais aussi par ricochet dans les établissements de santé privés conventionnés et privés.

Cette outrance a eu lieu dans un contexte tragique où l’État employeur ne réussait pas à intéresser, à recruter, à retenir en poste ses propres employées dont les conditions de travail dans les établissements de santé publics se sont détériorées; d’où la volatilité, la mobilité et la préférence des employées à aller s’inscrire à des *Agences*.

Mais là encore il y a lieu de relativiser : ces anomalies, ces distorsions, ces perturbations de l’état du marché de l’emploi actuel qui s’inscrivent aussi dans un contexte de mondialisation des marchés, de mouvements et de réelles pénuries de main-d’œuvre dans des métiers, professions et occupations dévalorisés, dépréciés et délaissés.

⁹ Article 1.1 de la Loi sur la concurrence : Source : [Loi sur la concurrence \(justice.gc.ca\)](http://justice.gc.ca)

Cet état de fait met en évidence les tensions entre les divers acteurs économiques, entre le secteur privé et le secteur public, au sein des économies mixtes^{10,11} et questionne le rôle de l'*État juridique et politique*, par rapport à l'*État actionnaire* et par rapport à l'*État entrepreneur*.

Il y est sain de ne pas caricaturer, de ne pas déprécier le rôle de l'entreprise privée et de ne pas céder à la tentation d'affubler l'action de l'État entrepreneur de vertus *providentielles*¹² et de contrôler les marchés libres guidés par la concurrence.

À ce propos, le *Gouvernement du Canada* sur son site *Le bureau de la concurrence* fait la promotion de la concurrence¹³.

Le problème de la défection des personnels de santé vers le privé illustre la situation quand l'*État employeur* n'arrive pas à garder le personnel qu'il engage à cause des problèmes relatifs aux conditions de travail et de rémunération, notamment, car il y a aussi d'autres raisons.

¹⁰ *Économie mixte* : Terme utilisé pour désigner le mélange d'entreprises privées et d'entreprises publiques, ou soumises à l'autorité publique, qui tend à être la règle dans une économie de marché.

Commentaire :

Même une économie de marché a en effet besoin de firmes publiques, ou soumises à l'autorité publique. Non pas pour des questions de cohérence ou de régulation (voir économie de marché), mais parce que la production de certains biens ou services ne peut obéir seulement à la logique du marché.

Par exemple lorsque la lourdeur des investissements engendre des économies d'échelle telles qu'une seule firme est techniquement plus efficace que plusieurs (monopole naturel), la puissance publique doit confier cette production à une entreprise publique ou, à défaut, imposer un cahier des charges à l'entreprise privée qui bénéficie de ce monopole, pour empêcher qu'elle n'en abuse [C'est nous qui soulignons, GT].

Ou encore lorsqu'il apparaît que la fourniture de certains services engendre des économies externes bien supérieures au prix de marché. De même, une grande partie de l'économie sociale et solidaire ne se fixe pas pour but premier l'obtention d'un profit mais la satisfaction de certains besoins.

Source : <https://www.alternatives-economiques.fr/dictionnaire/definition/97122>

¹¹ Selon l'*Encyclopédie canadienne*, « Le capitalisme est un système économique dans lequel des propriétaires privés contrôlent le secteur des affaires et du commerce d'un pays pour leur gain personnel. Ce système s'oppose au communisme, selon lequel tout appartient à l'État (voir aussi Marxisme). Le Canada possède une économie « mixte » qui se situe entre ces deux extrêmes. Les trois paliers de gouvernement décident de la distribution de la richesse du pays grâce à l'imposition et aux dépenses gouvernementales [je souligne, GT]. »

Source : <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/capitalisme-au-canada#:~:text=Ce%20syst%C3%A8me%20s'E2%80%99oppose%20au%20communisme%2C%20selon%20lequel%20tout,gr%C3%A2ce%20%C3%A0%20l'E2%80%99%20imposition%20et%20aux%20d%C3%A9penses%20gouvernementales.>

¹² En parlant de vertus providentiels, je pense à une forme de résurgence de l'État providence en devant un acteur économique en s'appropriant des activités économiques, des marchés, et en les exploitant comme entrepreneur.

¹³ « Le défenseur de la concurrence Trouver un juste équilibre entre la réglementation et la concurrence » [Le défenseur de la concurrence \(canada.ca\)](https://www.bcc.gc.ca/fr/le-defenseur-de-la-concurrence)

Je dirais que même si l'*État employeur* est, à un certain degré, en concurrence avec les *Agences*, il est possible de redéfinir des liens de complémentarité avec l'entreprise privée, plutôt que l'*État employeur* utilise le pouvoir coercitif de la loi en tant qu'*État législateur* pour limiter, voire éliminer la concurrence et modifier les règles du marché libre de l'emploi en sa faveur et ce faisant, forcer les *Agences* à la faillite ou à recourir aux Tribunaux.

Je me suis exprimé sur la question du recours aux Tribunaux pour trancher le litige qui s'est dessiné au sujet du «taux unique par corps d'emploi » pour les infirmières et les préposées aux bénéficiaires et l'interdiction - pendant un an faite aux infirmières démissionnaires des établissements de santé publics- de travailler en établissement pour une agence de la même région ou dans une région limitrophe.

Il apparaît évident qu'une empoigne juridique opposerait inutilement l'*État* à l'entreprise privée, d'autant plus qu'il n'existe pas d'incompatibilité entre les intérêts fondamentaux de notre société.

Je suis d'avis qu'il existe des solutions, politiquement, socialement, économiquement et financièrement acceptables et efficaces ayant pour objectifs le contrôle des coûts et la résolution du problème des ressources humaines dans les établissements de santé et de services sociaux.

Je n'exclus pas le fait que l'*État* peut être aussi un entrepreneur efficace et qui sait, le fait de prendre en charge la totalité des effectifs en soins serait peut-être une occasion de démontrer que la dichotomie entre le public et le privé n'est pas immuable?¹⁴

Si le *Gouvernement* entend éliminer les *Agences*, il lui appartiendra alors de démontrer qu'il est en mesure de réussir dans le domaine du placement de la main-d'œuvre en soins de santé et de services sociaux.

Mais compte tenu de la complexité des rôles joués par l'*État* il y lieu de soumettre ses actions sous la triple exigences de sa solvabilité, de son efficacité et de sa légitimité.

Il faudra cependant que le *Gouvernement* trouve des moyens pour éviter la bureaucratisation qui est devenue évidente par les effets pervers qu'elle a engendrés et qui ont amené une aire de déresponsabilisation, de recherche de boucs émissaires et de coupables, de multiplication des dédales administratives qui tardent la décision et l'exécution, et, de l'éloignement avec les clientèles et les employés de l'*État*. Le cas troublant et inquiétant,¹⁵ rapporté récemment par les journaux fait état des conditions de fin de vie de Mme Andrée Bourassa au *Centre hospitalier St-Mary*.

¹⁴ Pour le rôle-fonction d'*État* entrepreneur, lire « *L'État entrepreneur Pour en finir avec l'opposition public-privé* » de Mariana Mazzucato, Éditions Fayard, 2020.

¹⁵ Article dans le journal **La Presse** du 20 janvier 2023 intitulé « Mort d'Andrée Simard Dans la douleur et la détresse » de Denis Lessard.

Comme expliquer ces comportements de structure bureaucratique :

« Pour Max Weber, la bureaucratie est une forme d'organisation générale caractérisée par la prépondérance des règles et de procédures qui sont appliquées de façon impersonnelle par des agents spécialisés. Ces agents appliquent les règles sans discuter des objectifs ou des raisons qui les fondent. Ils doivent faire preuve de neutralité et oublier leurs propres intérêts personnels au profit de l'intérêt général. Le principal mérite de l'analyse de Weber fut de montrer que les principes de la bureaucratie tendaient à s'imposer dans tous les secteurs de la vie économique et sociale. Loin d'être l'apanage de la seule administration, la bureaucratie pouvait aussi se rencontrer dans les grandes entreprises, les partis, les organisations syndicales... comme la forme d'organisation la plus efficace. »

« Le fonctionnement bureaucratique selon Max Weber ...repose sur plusieurs principes (Weber, 1921) :

- *Les individus sont soumis à une autorité uniquement dans le cadre de leurs obligations impersonnelles officielles.*
- *Les individus sont répartis dans une hiérarchie d'emplois clairement définie*
- *Chaque emploi a une sphère de compétences clairement définie*
- *L'emploi est occupé sur la base d'un contrat*
- *Le recrutement se fait sur la base des compétences (diplômes et/ou expérience)*
- *La rémunération est fixe, en fonction du grade hiérarchique*
- *L'emploi est la seule occupation du titulaire*
- *Logique de carrière : la promotion dépend de l'ancienneté et de l'appréciation des supérieurs hiérarchiques*
- *Les individus ne sont pas propriétaires de leur outil de production*
- *Les individus sont soumis à un contrôle strict et systématique dans leur travail »¹⁶*

Il me semble que nous avons expérimenté ce genre de comportements illustrés à maintes reprises dans des articles de journaux sur les bévues, les attitudes inappropriées des acteurs du réseau.

Si l'**État** veut devenir l'employeur de toutes les travailleuses du **Réseau de la santé**, il y a obligation que toutes les employées de tous les établissements de santé publics et privés soient traitées de la même façon, selon les mêmes règles, des conditions de travail normées et des salaires conventionnés.

Le total de cette main-d'œuvre est approximativement de 300 000 au public et 222 000 au privé!

Alors, il faudra couvrir l'ensemble des employés de la santé et des services sociaux publics et privés! Mettre sur pied chaque région une agence régionale de la main-d'œuvre pour en gérer les effectifs.!

¹⁶ Extrait de l'article de Wikipédia; source : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Bureaucratie>

Partenaires et enjeux économiques

Pour entrevoir l'existence d'un partenariat, il y a nécessité d'une volonté politique, la liberté de laisser les protagonistes établir un dialogue social en vue de trouver des solutions démocratiquement respectueuses de tous les partenaires sociaux et économiques.

Je parle d'abord d'une orientation politique, d'un dialogue social, d'une démarche de concertation entre les protagonistes. Si tel est le cas, alors il y a place pour un partenariat public privé tacite ou explicite dans le secteur de la santé qui permettrait la convergence des efforts et le respect des partenaires, le respect de la main-d'œuvre indépendante (en abréviation, MOI) et le respect de l'autonomie des marchés libres et/ou réglementés.

Ce sont là aussi des alternatives envisageables comme structures d'organisation.

Le privé a un rôle à jouer : que ce rôle soit complémentaire ou supplémentaire en tant qu'entreprise privée de services de placement qui recrutent d'ex-employées qui ne désirent plus être des employées de *l'État employeur*.

La main-d'œuvre salariée et syndiquée à l'emploi des établissements de santé et des services sociaux bénéficie d'un filet de sécurité que sont les conventions collectives, alors qu'actuellement les employées des *Agences* ne sont pas syndiquées, mais bénéficient de la protection du Code du travail, des normes du travail et diverses autres lois et divers règlements et sont libres de fournir une disponibilité qui leur convient personnellement et professionnellement.

Il y a donc lieu de décortiquer le problème et de se sortir de l'impasse sans avoir recours à une loi camisole de force. Il y a lieu de se poser des questions nécessaires et d'obtenir des réponses suffisantes.

Les questions nécessaires qu'il faut se poser et y répondre engagent tout le devenir du secteur de la santé et de services sociaux.

Vision économique de (l'intervention de) l'État québécois

Dans sa vision économique¹⁷, François Legault veut que l'État québécois donne l'exemple. Aussi, sa nouvelle stratégie consiste à 1- Dynamiser les marchés publics, 2- Favoriser l'innovation québécoise, 3- Rendre les marchés publics plus accessibles aux entreprises québécoises, 4- Mettre sur pied des processus d'acquisition plus performants.

¹⁷ Extrait d'*Une vision économique ambitieuse Un Québec qui gagne*, Gouvernement du Québec, 2021

Source : [Une vision économique ambitieuse - Un Québec qui gagne \(quebec.ca\)](https://www.quebec.ca/quebec/une-vision-economique-ambitieuse-un-quebec-qui-gagne)

C'est dans ce sens que le *ministère de la Santé et des Services sociaux* a à montrer davantage son souci de considérer, à sa juste valeur, la contribution du privé dans sa mission de fournir des services et des soins.

D'ailleurs, ce qui est mis en cause concerne ce que le document identifie de « *Main-d'œuvre qualifiée* » et ses efforts déployés vont dans le sens de 1- augmenter la main-d'œuvre active, pour accroître le bassin de main-d'œuvre qualifiée et pour faire en sorte que le Québec bénéficie d'un marché du travail plus équilibré et plus flexible, 2- aider à requalifier la main-d'œuvre, 3- répondre à la rareté de la main-d'œuvre en s'appuyant sur l'éducation, sur la formation et sur l'immigration, 4- adapter son intervention à la réalité de chaque région.

C'est dans ce cadre que devrait être entreprise la résolution du problème de la main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux élargi (en abrégiation, *Réseau élargi*), tant public que privé.

Réseau de la santé élargi

L'État emploie plus de 330 000 employés dans le Réseau public et selon « *Une étude réalisée par la FCCQ en 2018 a révélé que plus de la moitié (51 %) des travailleurs du secteur de la santé œuvrent au sein d'un organisme privé, ce qui représente un total de 222 000 travailleurs. La part du secteur privé dans le financement de la santé au Québec s'élevait à plus de 15 milliards en 2017.* »¹⁸

Il faut avoir en tête aussi que le *Réseau élargi* est composé d'organisations dispersées sur un vaste territoire régionalisé, plus ou moins bien coordonné, ayant transformé les divers établissements publics en « points de service » dans un continuum de soins et ayant concentré les fonctions de direction à des centres de décisions.

Or, ces organismes intégrateurs régionaux (CIUSSS et CISSS) sont des entités dont les superstructures sont de nature bureaucratique et en possèdent certains avantages, mais aussi tous les défauts. Pour bien comprendre les difficultés et les défis de ces entités, il fallait comprendre ce qui caractérise une organisation professionnelle.

Je me suis référé à ce que j'avais appris des études sur les structures organisationnelles que proposait Henry Mintzberg; la mise en ordre conceptuelle de cet auteur nous permet de comprendre la mission, les structures, l'organisation et le fonctionnement de ces entités et ses difficultés.

Avec ce que le ministre Christian Dubé laisse entrevoir, il m'apparaît évident qu'il y a lieu de se rappeler ce que représente l'entité *ministère de la Santé et des Services sociaux-Réseau* de santé public et de se rappeler les caractéristiques et l'efficacité des superstructures du type *organisation professionnelle*. Je cite :

¹⁸ Extrait du site de la *Fédération des chambres de commerce du Québec*, « *Lettres ouvertes Le secteur privé, partenaire d'un système public et universel de santé* » par Stéphane Forget, MBA, ASC Président-directeur général, 29 novembre 2018. Ce qui nous donne un idée du poids du secteur privé dans le domaine de services et soins de santé au Québec.

« L'organisation professionnelle

Cette forme structurelle se rencontre dans les organisations où le centre opérationnel est composé de professionnels très qualifiés dont la formation conduit à une standardisation des qualifications (exemple : un hôpital, où chirurgiens, médecins et infirmières, suivent une longue formation qui leur permet d'intégrer des façons de faire et comportements, ceux de la déontologie médicale).

La bureaucratie professionnelle est relativement décentralisée en raison de la marge de manœuvre dont bénéficient les professionnels du centre opérationnel en raison de leur haut niveau de compétences (exemple : dans un hôpital, le sommet stratégique, soit le directeur administratif, a relativement peu d'influence sur les professionnels, c'est-à-dire les chirurgiens des différents services (cardiologie, neurologie, etc.) qui constituent le centre opérationnel).

Le centre opérationnel est la composante la plus importante de l'organisation. La technostructure est peu développée, ainsi que la ligne hiérarchique (les flux de décisions vont même plutôt du bas vers le haut : les décisions des professionnels s'imposent au sommet stratégique) alors que les fonctions de support logistique sont relativement élaborées.

La bureaucratie professionnelle se développe dans les environnements stables (sinon la standardisation des qualifications ne serait pas possible) mais complexes (une longue formation est nécessaire pour maîtriser cette complexité et justifier le statut des professionnels : salaire, autonomie, etc.). »¹⁹

Ces descriptions sont de nature à mieux nous faire comprendre la complexité de l'organisation et de sa gestion.

Double déconnexion des CIUSSS et des CISSS

Or, avec ce qu'a plus lui-même constaté, le premier ministre François Legault a réalisé que ces superstructures CIUSSS et CISSS et le Ministère lui-même sont affectées d'une double déconnexion :

- La première déconnexion s'est produite entre ce qui se passe au niveau opérationnel en matière de synergie entre les soignantes, les employées de toutes catégories, et, les clientèles,
 - La deuxième déconnexion est venue attisée davantage la précédente entre ce qui se passe au niveau décisionnel en matière de transparence entre les superstructures de direction, et, le ministre et son entourage.
- Les directions étant plus soucieuses de justification et de déplacement des responsabilités que d'efficacité – ce qui a été porté à son comble comme on l'a vu dans l'affaire Herron de la part de la direction du CIUSSS-, alors que le Ministère ne recevait qu'une information filtrée, orientée et inadéquate qui ne permettait pas au ministre d'actualiser sa compréhension des enjeux et d'ajuster ses décisions et ses modes d'intervention.

¹⁹ Source : [Les configurations organisationnelles selon Henry Mintzberg \(xn--apprendreconomie-jqb.com\)](https://www.apprendreconomie-jqb.com/)

C'est ce qu'a ressenti le premier ministre en face à face avec les pdg du réseau²⁰

En ce qui concerne les enjeux, ce qui est rassurant, c'est que le *Gouvernement* et le ministère de la Santé et des services sociaux sont à l'heure actuelle en processus de reprendre le contrôle des structures, des modes d'organisation et des résultats attendus.

Ce que cette tourmente en matière de pénurie de main-d'œuvre met en cause c'est que le *Gouvernement* est devant plus qu'un seul problème de gestion; en fait, ladite pénurie renvoie à une problématique qui remet en question l'explication par la pénurie elle-même et qui questionne les stratégies, les planifications et les orientations politiques et organisationnelles des services de santé et des services sociaux.

²⁰ Article « Vague de départs parmi les PDG de CISSS et de CIUSSS du Québec » de Thomas Gerbet, publié le 14 avril 2022. Source : <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1876371/departs-pdg-ciuss-ciuuss-reseau-sante-quebec>.

Concurrence entre État et entreprise privée

Le projet de loi No 10 porte le titre de « Loi limitant [Je souligne, GT] le recours aux services d'une agence de placement de personnel et à de la main-d'œuvre indépendante dans le secteur de la santé et des services sociaux ».

Mais, les discours et les intentions politiques vont plus loin : ils évoquent ouvertement non de limiter seulement le recours abusif *aux Agences* de la part des établissements de santé et aussi d'éliminer la surfacturation , mais clairement affichent le dessein de l'*État législateur*, - c'est ce que nous avons entendu en *Commission* même,- d'éliminer le recours, voire d'éliminer les *Agences de placement* et la main-d'œuvre indépendante (!) et de donner au *ministère de la Santé* le contrôle exclusif sur les effectifs travaillant dans les établissements de santé et y inclus sur les personnes des *Agences* et ainsi passer par-delà la simple fixation des coûts de main-d'œuvre facturés par les *Agences* pour diminuer les dépenses!

Question # 1 Éliminer légalement un compétiteur

Est-il de l'intention de l'État de devenir employeur unique, exclusif, de toutes les employées qui travaillent dans les établissements de santé et des services sociaux ?

En d'autres termes, le *Gouvernement* en tant qu'*État employeur* veut-il (et peut-il) devenir le seul entrepreneur en interdisant par un acte législatif les *Agences de placement privées* et la main-d'œuvre indépendante d'offrir des services aux établissements de santé et de services sociaux tant publics, privés conventionnés que privés et ainsi contrôler totalement le marché de l'emploi, l'offre et la demande?

Dans ces conditions, le marché de l'emploi dans le secteur de la santé et des services sociaux s'approcherait de ce que c'est un *monopole d'État*²¹ (*monopole public*) ayant l'exclusivité du marché de la main-d'œuvre de soins.

Je ne crois pas qu'un marché captif de l'emploi ne peut desservir la société tout entière en temps normal comme en temps de crise, comme nous l'avons constaté durant la pandémie.

²¹ Un monopole public (ou monopole d'État) est, dans une branche d'activité, le fait de réserver au seul État le droit de produire ou de commercialiser un bien ou un service, éventuellement par le biais d'entreprises publiques ; la réglementation étatique interdit ainsi toute entrée d'entreprise privée concurrente dans ce secteur, permettant ainsi à l'État de s'assurer notamment la pérennisation de l'intégralité des recettes publiques qui en découlent. [Je souligne, GT]

Ce monopole peut être justifié dans certains cas particuliers de « monopole naturel ». Lorsque le monopole est transféré à une personne privée, on parle de *concession de monopole* [à l'entreprise privée; GT]. Source : https://fr.wikipedia.org/wiki/Monopole_public

Or, il y a une fausse note, « *Il y a quelque chose de pas normal* » comme le disait le député Marissal dans la plainte relative à la pénurie de main-d'œuvre, dont l'augmentation des coûts de main-d'œuvre par les Agences.

Les faits saillants qui ressortent de l'enquête d'IRIS intitulée « *Les agences de placement comme vecteurs centraux de la privatisation des services de soutien à domicile* »²² mettent en évidence que :

« [C]e sont avant tout des choix politiques et gestionnaires qui expliquent la place grandissante dévolue aux agences de placement dans la prestation des services de soutien à domicile. Malgré les discours fatalistes sur les contraintes imposées par la supposée pénurie de personnel, le gouvernement a donc tous les outils en main pour atteindre l'objectif qu'il s'est donné de sevrer le réseau de la santé et des services sociaux de sa dépendance à l'égard des agences de placement. »

(J'ai souligné les passages, GT.)

Est-ce à dire que les pdg des CIUSSS et des CISSS se sont contentés à l'excès de recourir aux ressources des Agences, sans oublier le recours tout aussi abusif au TSO, plutôt que d'innover en matière de création d'un bassin de main-d'œuvre en santé, par exemple?

Question # 2 Éliminer un compétiteur, et, devenir l'employeur *unique*, est-ce la solution pour combler les besoins de remplacement en personnel et aussi les postes vacants ou nouvellement créés et s'assurer ainsi la maîtrise des coûts de main-d'œuvre?

L'élimination, l'éradication des Agences n'est pas une solution garante que l'État employeur réussira à combler toutes les absences, tous les postes vacants et à répondre à tous les autres besoins de main-d'œuvre en toutes circonstances, de façon constante et ininterrompue.

Tout autant le recours excessif aux Agences par les directions d'établissements de santé n'était pas une solution garante de solution aux divers problèmes qui sévissent depuis de nombreuses années; ces problèmes sont :

- Les postes non comblés,
- Les postes temporairement dépourvus de ses titulaires,
- Le recours au TSO,
- Le recours aux services achetés,

²² De Anne Plourde, du 19 janvier 2022. Source : <https://iris-recherche.qc.ca/publications/les-agences-de-placement-comme-vecteurs-centraux-de-la-privatisation-des-services-de-soutien-a-domicile/>

- Le recours à la sous-traitance, par exemple, dans les ressources intermédiaires pour l'hébergement des personnes âgées intermédiaires n'est pas non plus la panacée.²³

L'État employeur se trompe-t-il s'il compte contraindre les infirmières, préposées aux bénéficiaires et autres catégories de travailleuses de la santé à n'avoir plus d'autres choix que de retourner occuper des postes comme employées salariées de l'État employeur et/ou s'inscrire sur les listes de rappel et fournir une disponibilité exigée en fonction des besoins des établissements de santé?

Il n'y a pas d'exemples dans d'autres pays qui démontrent qu'une approche coercitive a résolu le problème de défection des emplois en santé, ni de certitude que l'État employeur du Québec réussisse à atteindre le *plein-emploi*²⁴, i.e. combler à 100% tous ses postes nouvellement créés et les postes vacants et remplacer à 100% tous les postes temporairement dépourvus de leurs titulaires (maladies, congés annuels, etc.).

Pour approcher le plein-emploi, autrement dit *l'autosuffisance*, il faudrait que l'État employeur améliore les conditions de travail à un point tel que la *pénibilité* de l'emploi soit atténuée dans les faits et que les établissements de santé et le travail lui-même deviennent des sources d'émancipation, de développement et de progression dans une carrière réseau.

Il faudrait de plus que la rémunération qui accompagne ce futur statut soit responsable et conséquente et le soit par rapport aux autres métiers et professions et par rapport aux mêmes métiers et professions en dehors du réseau élargi.

Le *Gouvernement* n'était pas, depuis des décennies, sans savoir ce qui se passait sur le marché de l'emploi.

Québec avait produit un rapport intitulé *État d'équilibre du marché du travail à court et moyen termes Édition 2022 Diagnostic pour 500 professions, IMT Information sur le marché du travail Gouvernement du Québec*.²⁵ Les diagnostics sont ventilés par professions et métiers et par région.

Il y a lieu de retenir que l'usage de la coercition élève le risque qu'il y ait défection permanente et des changements définitifs de carrière.

²³ Lire le « *Chapitre 4 Les ressources intermédiaires et l'hébergement des personnes âgées* » de l'enquête Juin 2013 de l'IRIS, intitulé « *Rapport de recherche La sous-traitance dans le secteur public : coûts et conséquences* » des auteures et autrices Guillaume Hébert, chercheur, Simon Tremblay-Pepin, chercheur avec la collaboration de Hélia Tremblay-De Mestral, chercheure-associée, Minh Nguyen, chercheur-associé.

²⁴ Le terme *plein emploi* est utilisé dans le présent texte pour décrire le marché du travail dans les établissements de la santé, les métiers et professions de la santé, dans la situation où les mouvements de personnel d'un marché du travail à l'autre est minime.

²⁵ Source : https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/emploi-solidarite-sociale/publications-adm/rapport/RA-diagnostic_professions.pdf

Il y a aussi, pour des travailleurs en réflexion, le projet de devenir entrepreneur de sa propre entreprise, dans un monde en quête d'autonomie, de souplesse, d'innovations, de créativité, de communication et de réseautage.

Pour attirer et maintenir en emploi, les anciennes comme les nouvelles employées, il faudrait que la valorisation et la *dynamisation* des emplois soient tangibles dans des réorganisations du travail qui rencontrent les aspirations personnelles, professionnelles et sociales des travailleuses et concourent à l'efficience, l'efficacité et la rentabilité des organisations de santé.

Les conditions de travail et les conditions de rémunération actuelles sont des facteurs qui abaissent la motivation et la satisfaction des travailleuses, mais elles ne sont pas tout.

Phénoménologie de la dérive des coûts publics en main-d'oeuvre

Car pour comprendre pourquoi il en coûte si cher aux établissements de santé et à l'*État employeur* pour remplacer la main-d'œuvre manquante, il faut tenir compte de six phénomènes; six phénomènes en tant que faits observés et dont la manifestation indique que d'autres choses ne fonctionnent pas bien, comme l'ont bien ressenti les députés André Fortin et Vincent Marissal que nous avons cité en *Introduction*.

1^{er} phénomène : il y a une dégradation du climat de travail telle qu'elle fragilise les personnes, amenuise toutes formes d'autorité hiérarchique de moins en moins présente, tend à la recherche de compromis à tout prix, affecte le bien-être psychologique, la performance, la qualité des relations au travail entre collègues et patients et la qualité du travail.

Les chefs de services n'ont plus l'autorité ni l'appui de la direction pour préserver l'ordre et le bon fonctionnement. Il se développe à la fois une indifférence, un détachement et en même temps des fins de non-recevoir d'assumer ses responsabilités et s'installe des formes d'intolérance et des susceptibilités de tout ce qui questionne l'exécution du travail.

2^e phénomène : il y a, dans les établissements de santé, un taux d'absentéisme élevé qui met une énorme pression sur les effectifs au travail et il y a des postes (laissés) vacants qui augmentent le besoin de remplacer le personnel manquant pour respecter la quantité et la qualité des soins et de services requis par l'état de santé des diverses clientèles.

3^e phénomène : Il y a, au terme de l'application des processus de remplacement existants, un manque de personnel que l'*État employeur* n'arrive pas à combler, ce qui l'amène à recourir de *façon inappropriée, chronique, exagérée et préjudiciable à la santé des employées* au TSO et aux *Agences de placement* et ce, malgré les campagnes de recrutement et les mesures de rétention mis en place.

4^e phénomène : Il y a une suite de coûts qui s'ajoute, lorsqu'une absence n'est pas remplacée par les employées inscrites sur les listes de rappel des établissements de santé, et que des mesures palliatives sont mises en place qui ont des impacts considérables sur le budget. Ces dépenses comprennent :

- Les coûts de l'absence en soi (maladies, accidents de travail, par exemple) pour 55 250 employées environ et les coûts des contrôles médicaux associés, expertises médicales et arbitrages;
- Le coût du TSO;
- Les primes allouées;
- Les coûts payés aux *Agences* pour envoyer son personnel combler les besoins et faire aussi du temps supplémentaire.

5^e phénomène : Il y a eu une acceptation tacite ou explicite et autorisation de la part des Directions d'établissements de santé et ce, malgré des coûts facturés abusifs et excessifs dans un contexte de surenchère²⁶, d'accepter les prix demandés et d'aller en dépassements budgétaires.

6^e phénomène : il y a eu une bureaucratisation et une hyper-centralisation des décisions telles qu'elles ont sclérosé les efforts pour rendre les modes de gestion et de négociation souples avec les fournisseurs, de la part du *Centre d'acquisitions gouvernementales*²⁷.

Ces six phénomènes conjugués ont fait exploser et amplifier la dérive des comptes publics en matière de gestion des ressources humaines. Maîtriser les coûts de la main-d'œuvre du RSSS

Je suis certain qu'il existe au *ministère de la Santé* et dans les *CIUSSS* et des *CISSS* des techniciens qui compilent les données sur les divers types d'absence et qui, à l'aide de logiciels, sont en mesure d'estimer sur des bases historiques les heures d'absences et les coûts directs et indirects qui y sont associés.

²⁶ Dans son mémoire, EPPSQ affirme ce qui suit : « Une autre illustration d'effet pervers de l'hypercentralisation est le cas, par exemple, d'un appel d'offre qui ne fonctionne pas sur le terrain. Les établissements de santé le contournent alors avec des fournisseurs hors appels d'offres, non soumis aux mêmes règles de probité par des contrats de gré à gré, afin d'éviter les bris de services. S'ensuit donc une fragmentation de l'offre de services et donc, une explosion des coûts. » Extrait de la page 7. 14 mars 2023.

²⁷ Lire : <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1783632/petition-centre-acquisitions-gouvernementales-temiscamingue> et cet autre article : <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/2021-01-23/achat-local/le-gouvernement-doit-donner-l-exemple.php>; <https://www.lapresse.ca/affaires/2020-01-15/agences-de-placement-un-nouveau-reglement-conteste-devant-la-cour>

Ces données sont importantes pour comprendre l'évolution des effectifs du réseau de la santé et des services sociaux (en abrégé, RSSS) pour les prochaines années.

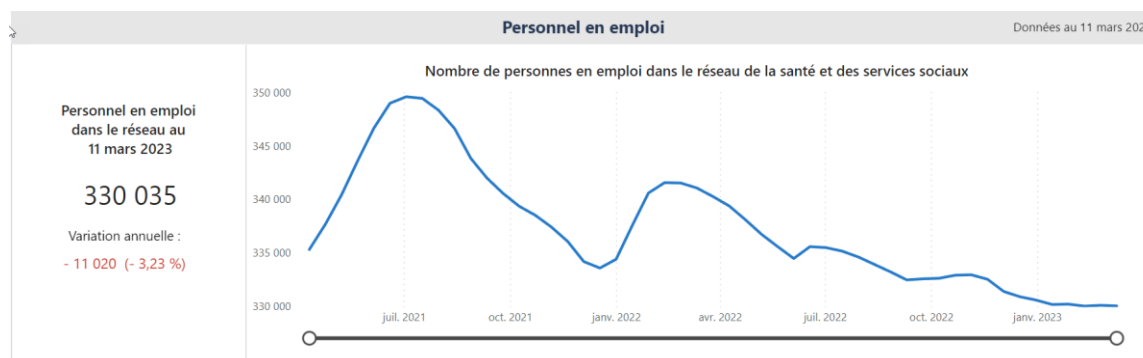
Le *Gouvernement du Québec* a affiché sur son site internet des tableaux de bord qui nous permettent de quantifier les états de la main-d'œuvre et nous laissent entrevoir la complexité de la démarche à entreprendre pour résoudre le problème de la main-d'œuvre manquante.

Situation des effectifs du réseau de la santé et des services sociaux québécois

Tous les tableaux sont extraits du *Tableau de bord – Performance du réseau de la santé et des services sociaux*²⁸

Tableau 1

Ressources humaines			Soutien à domicile	Expérience patient
11 mars 2023	11 mars 2023	11 mars 2023	2022-2023 P10	19 mars 2023
Personnel en emploi	Heures supplémentaires	Personnel absent	Personnes en attente d'un premier service	Avis positifs - expérience globale
330 035	6,51 %	55 258	18 918	57,92 %
(Nombre de personnes)	(Taux)	(Nombre de personnes)	(Nombre de personnes)	(Taux cumulé)
- 11 020 Variation annuelle	+ 0,69 pts de % Variation annuelle	- 8 425 Variation annuelle	+ 36 Variation périodique	Projet pilote



Note : Chaque personne n'est comptée qu'une seule fois selon son emploi principal, même s'il est possible qu'elle travaille dans plus d'un endroit ou dans plus d'un titre d'emploi.
 Note : La variation présentée est annuelle, c'est-à-dire la différence entre la valeur à la période de paie la plus récente et celle à la même période de paie l'année précédente.
 Source : R22 - Banque de données périodiques sur la rémunération du personnel salarié et d'encadrement du réseau de la santé et des services sociaux

Ce tableau nous renseigne qu'il y a, au 11 mars 2023, 330 035 personnes qui sont salariées du Réseau et que ce chiffre comparé au précédent, est inférieur de 11 020 personnes. On peut déduire qu'il peut s'agir de démissions, de départs à la retraite et de décès. Sans autres informations, on ne peut conclure rien de plus.

Cependant, nos recherches nous ont permis de découvrir que si L'État emploie plus de 330 000 employés dans le Réseau public et que plus est, selon une étude réalisée par la FCCQ en 2018 révèle que plus de la moitié (51 %) des travailleurs du secteur de

²⁸ Source :

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojOTFmZjc4NzAtMTBkMS00OTE5LWE4YjQzOTc5NDZjNmZliwidCI6IjA2ZTFmZTI4LTVmOGItNDA3NS1iZjZlWFIMjRiZTFhNzk5MjI9>

la santé œuvrent au sein d'un organisme privé, ce qui représente un total de 222 000 travailleurs.²⁹

Selon les données plus récentes de *Guichet-Emplois Gouvernement du Canada*³⁰ comme l'illustre l'extrait suivant, nous savons que :

FAITS SAILLANTS

- L'industrie des soins de santé et de l'assistance sociale est celle qui emploie le plus de travailleurs au Québec, avec près de 600 000 travailleurs ou 14 % des emplois.
- En 2021, le nombre de travailleurs dans l'industrie demeure inférieur à celui de 2019, le vieillissement de la main d'œuvre combiné aux répercussions de la pandémie sur sa rétention ayant accentué les besoins de personnel, particulièrement dans les établissements de soins infirmiers.
- La croissance d'emploi pour la période 2022-2024 devrait être légèrement supérieure à celle de l'ensemble des industries, en raison d'une population croissante et vieillissante et d'une augmentation des dépenses gouvernementales.

Composition et importance du secteur

Le secteur des soins de santé et de l'assistance sociale est le plus grand employeur du Québec avec 598 000 travailleurs, ce qui représente 14,2 % de l'emploi québécois. Il s'agit d'une proportion croissante sur 20 ans et supérieure à celle de l'Ontario (12,4 %) ou de l'ensemble du Canada (13,4 %). La part du produit intérieur brut (PIB) québécois qui provient des soins de santé et de l'assistance sociale est de 8,3 %.

Selon les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les dépenses totales de santé par habitant au Québec sont comparables à celles de l'Ontario, mais un peu plus faibles dans l'ensemble du Canada. Le Québec se démarque avec une part un peu plus importante des dépenses provenant du secteur public (73 %) que l'Ontario (70 %) ou que l'ensemble du Canada (71 %).

Environ 43 % des emplois se situent dans les hôpitaux, alors que l'assistance sociale, qui inclut notamment les garderies, compte pour un quart des emplois. Les services de soins ambulatoires (19,0 %) et les établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes (13,7 %) complètent le portrait.

Répartition géographique de l'emploi

L'industrie des soins de santé et de l'assistance sociale est présente dans toutes les régions du Québec, mais sa part relative varie d'une région à l'autre. C'est dans la région métropolitaine de recensement (RMR) de Montréal que l'on retrouve près de la moitié des travailleurs de la santé et de l'assistance sociale, une proportion semblable à celle de l'ensemble des industries.

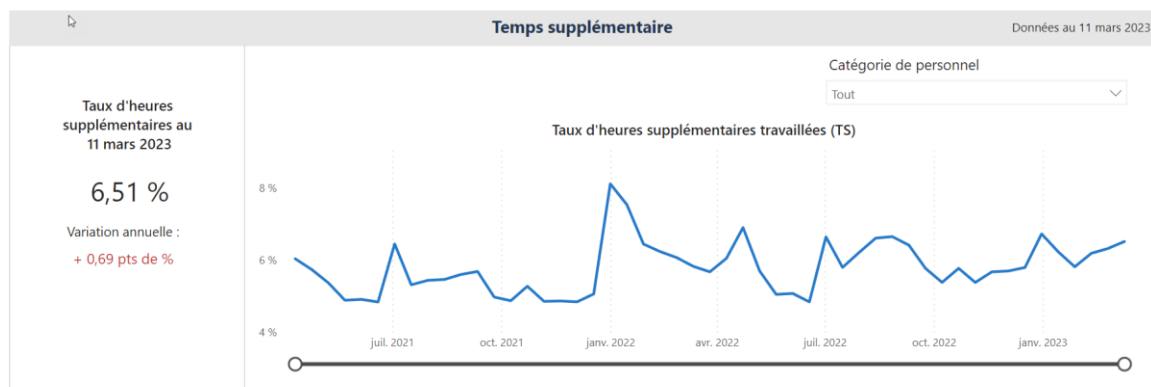
C'est dans les régions de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (21,0 %), la Mauricie (18,3 %) et la Côte-Nord et le Nord-du-Québec (17,4 %) que les parts des personnes en emploi dans la santé et l'assistance sociale sont les plus importantes. Ces régions connaissent un vieillissement plus rapide de leur population ou ont une faible densité de population. C'est dans les régions de la Montérégie (12,5 %), du Centre-du-Québec (13,3 %) et de l'Outaouais (13,4 %) que les proportions sont les plus faibles.

De plus, il y aurait eu près de 11 000 travailleuses qui auraient choisi de travailler en *Agence*. Il s'agit d'employées qui ont quitté leur poste et d'étudiantes finissantes qui en sont à leur premier emploi et qui ont préféré travailler pour les *Agences*.

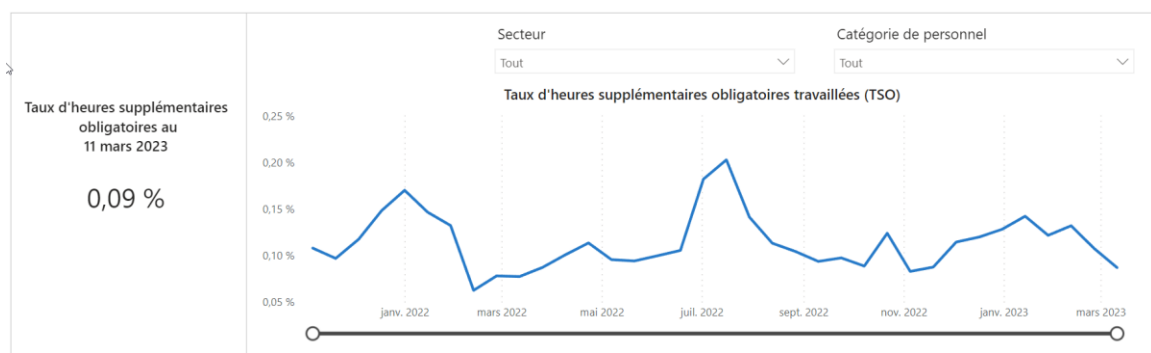
Tableaux de TS, TSO toutes catégories et TSO du personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires et tech et professionnels de la santé.

²⁹ Voir la note 15.

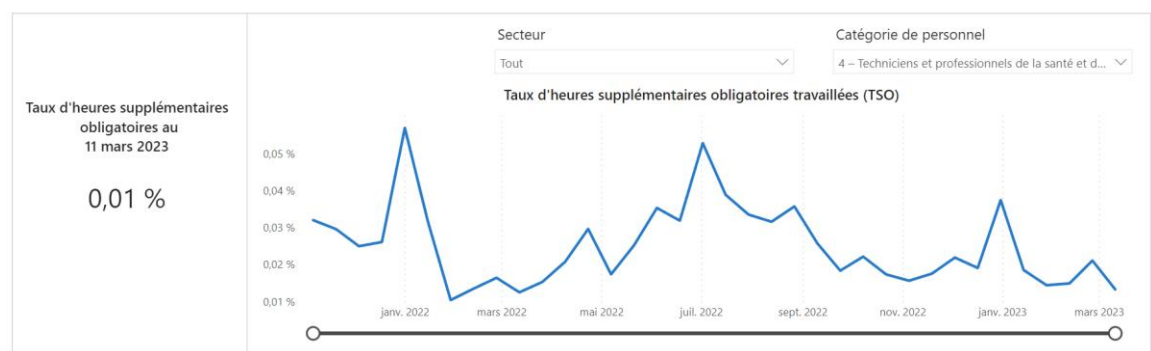
³⁰ Document mis à jour le 6 février 2023. Source : [Profil sectoriel - Soins de santé et assistance sociale - Guichet-Emplois \(guichetemplois.gc.ca\)](https://www.guichetemplois.gc.ca/); il s'agit des années 2019-2021.



Note : La variation présentée est annuelle, c'est-à-dire la différence entre la valeur à la période de paie la plus récente et celle à la même période de paie l'année précédente.
Source : R22 - Banque de données périodiques sur la rémunération du personnel salarié et d'encadrement du réseau de la santé et des services sociaux



Source : R22 - Banque de données périodiques sur la rémunération du personnel salarié et d'encadrement du réseau de la santé et des services sociaux ; GESTRED - Système de suivi de gestion et de reddition de comptes, formulaire 52200



Source : R22 - Banque de données périodiques sur la rémunération du personnel salarié et d'encadrement du réseau de la santé et des services sociaux ; GESTRED - Système de suivi de gestion et de reddition de comptes, formulaire 52200

Même si le TS et le TSO ne sont pas exprimés en heures, la constatation est évidente que le phénomène est d'autant plus important qu'il indique qu'il s'agit de remplacement de dernières minutes ou de quarts de travail subséquents qui affectent soit les travailleuses qui ont exprimé une disponibilité pour faire du TS ou qui ont été contraintes à faire du TSO.

Il s'agit d'absences de courte durée et qui rendent les postes temporairement dépourvus de leur titulaire.

Il se peut aussi que le TSO soit utilisé pour non pas un remplacement de dernière minute, mais pour remplacer dans un PTDT qui l'est depuis une certaine période et que l'on « comble » au fur et à mesure par diverses remplaçantes en TSO ou autrement, dont l'Agence.

Les Agences sont mises à contribution pour faire du TS.

Tableau de l'absentéisme



Le tableau de l'absentéisme nous indique qu'il y a 55 258 personnes qui sont absentes.

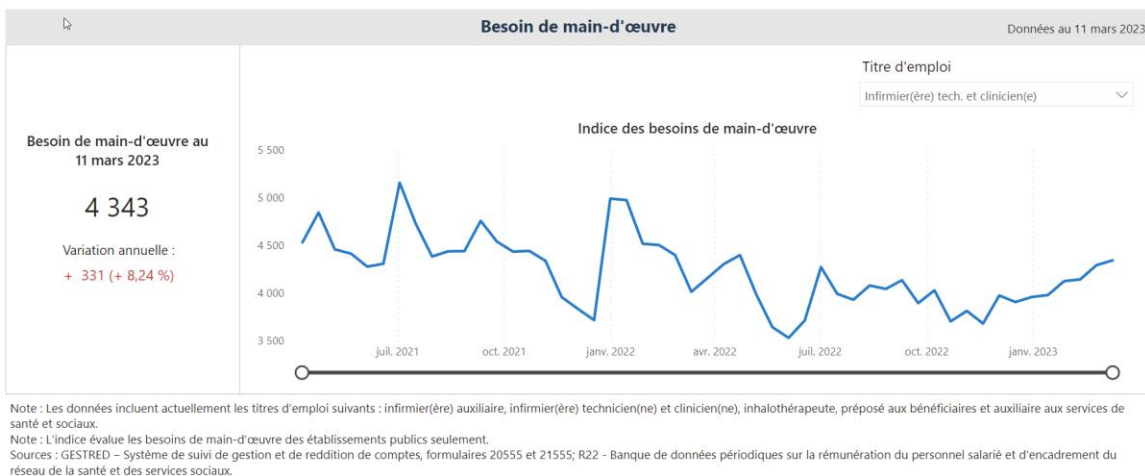
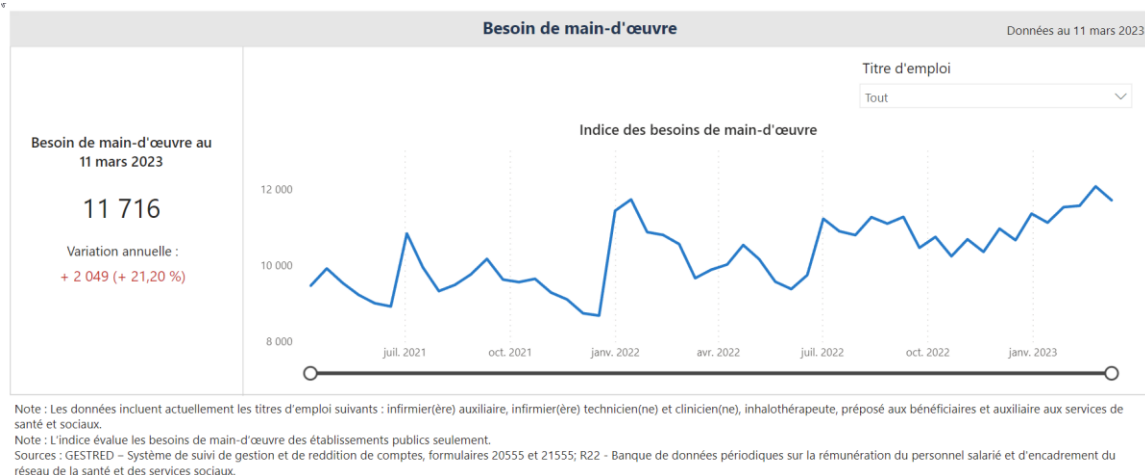
S'agit-il de tous les types d'absences confondues, prévues aux conventions collectives ou d'absences pour invalidité?

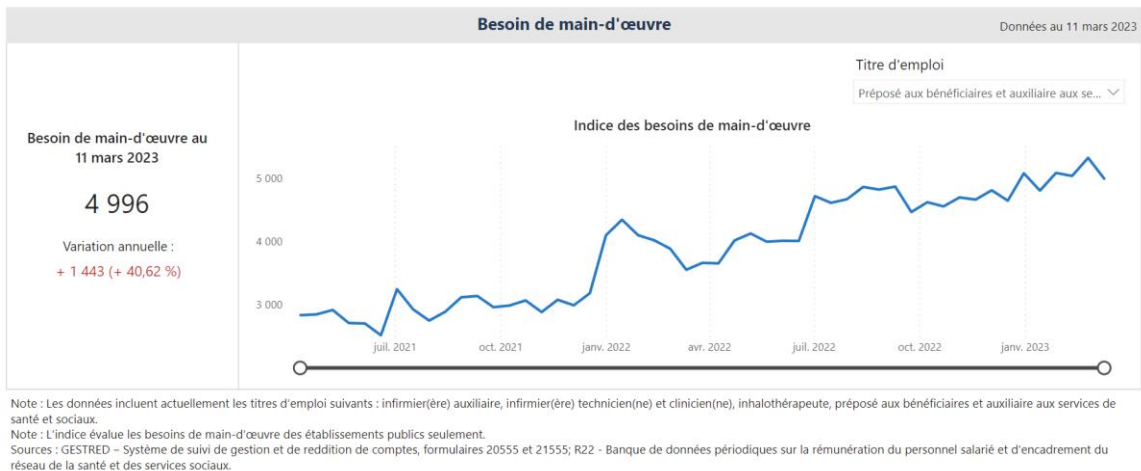
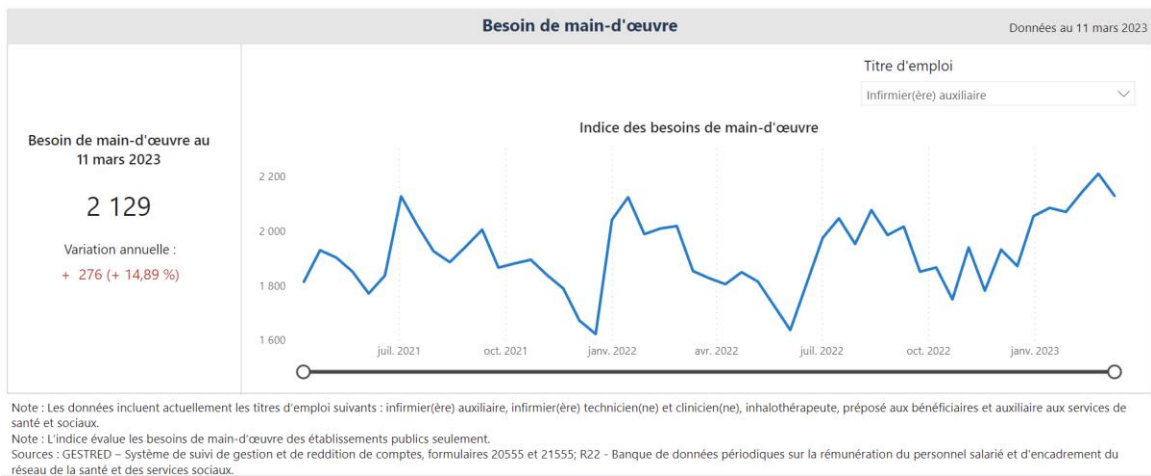
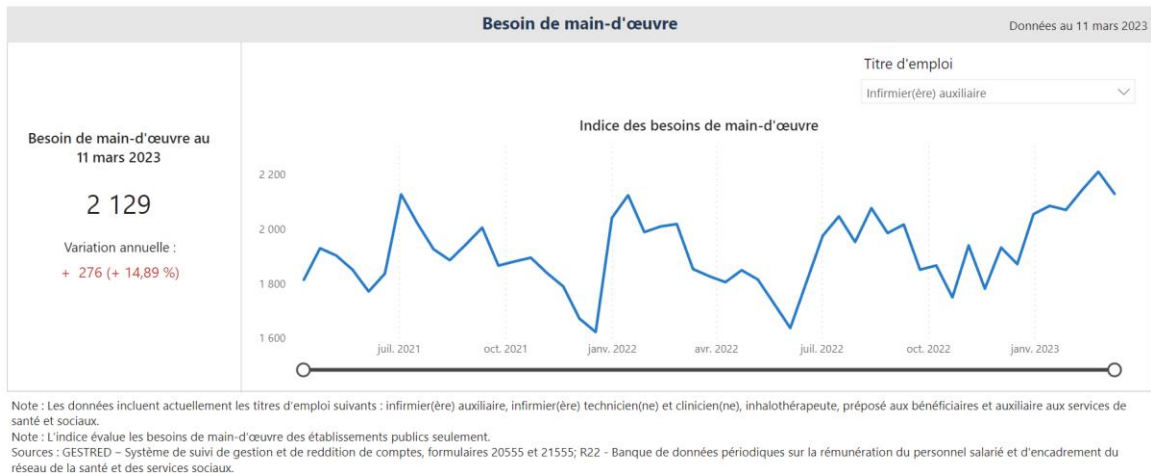
On peut simplement dire sans se tromper que si toutes ces personnes sont remplacées, il devrait y avoir 55 258 personnes pour les remplacer provenant des listes de rappel et des Agences.

Si le nombre d'heures conventionnées est, par exemple 7 heures 25 pour une journée régulière de travail, alors il y a $55\,258 \times 7h25 \text{ \textbackslash jour} = 400\,620.50$ heures de remplacement, qu'il y aurait lieu de ventiler et de multiplier par les taux horaires applicables selon le titre d'emploi concerné et l'échelon de salaire atteint pour connaître les coûts réels par rapport aux coûts de remplacement.

Il est facile d'imaginer l'impact sur l'organisation du travail, sur les causes de la surcharge, sur les services et les soins à dispenser, sur le besoin de remplacer ses absences.

Tableaux de besoin de main-d'œuvre





Les notes du bas de chaque tableau indiquent les titres d'emploi concernés.

Donc, il y aurait un besoin pour tous titres d'emploi confondus de 11 716 personnes dont 4 343 les infirmières tech et cliniciennes, 2 129 pour les infirmières auxiliaires, et, 4 996 pour les PAB.

Toutes ses courbes indiquent, sur le moyen terme (2-3 ans), une augmentation des besoins.

En plus d'un niveau d'absentéisme en matière d'invalidités élevés, il existe un important accroissement d'absences lors de la prise des congés annuels (vacances d'été, notamment). Il y a aussi les vacances et les congés sans solde en dehors de la période estivale. Ce qui demande une logistique rigoureuse.

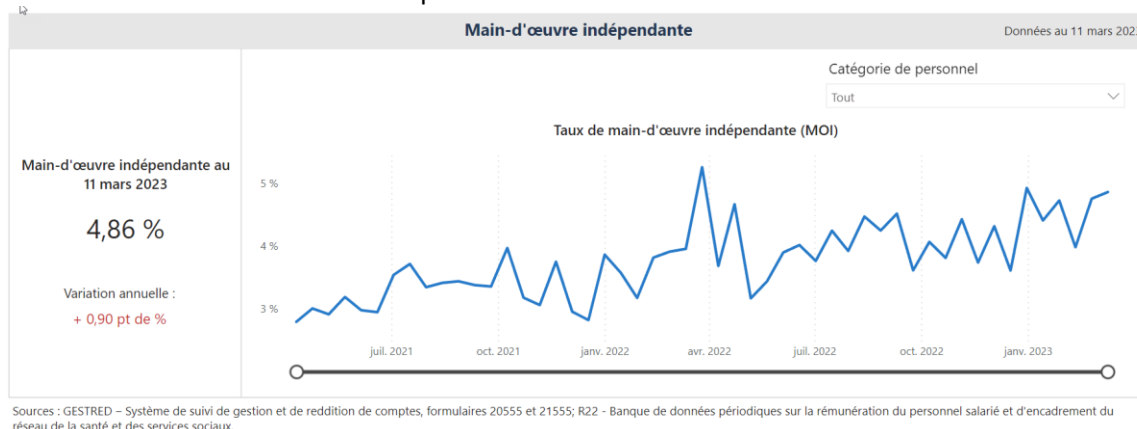
De plus, le ministre Christian Dubé mentionne dans le cadre des débats de la Commission que :

« ...Les PAB, les aides et les infirmières de la sous-catégorie, on avait, rappelez-vous du chiffre, 9,3 millions d'heures. ... Vous voyez 9 321 795, d'accord, vous voyez ça, la première colonne ? Sur un total de 160 645 563 heures travaillées pour toutes les régions du Québec, ce qui faisait qu'on disait qu'il y avait 5,5% d'heures en main-d'œuvre indépendante, ça va? Bon. »

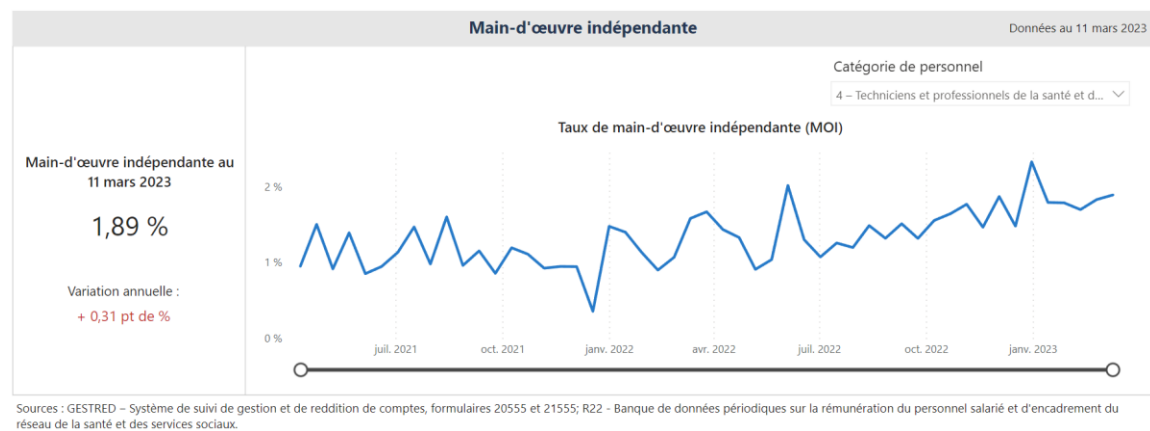
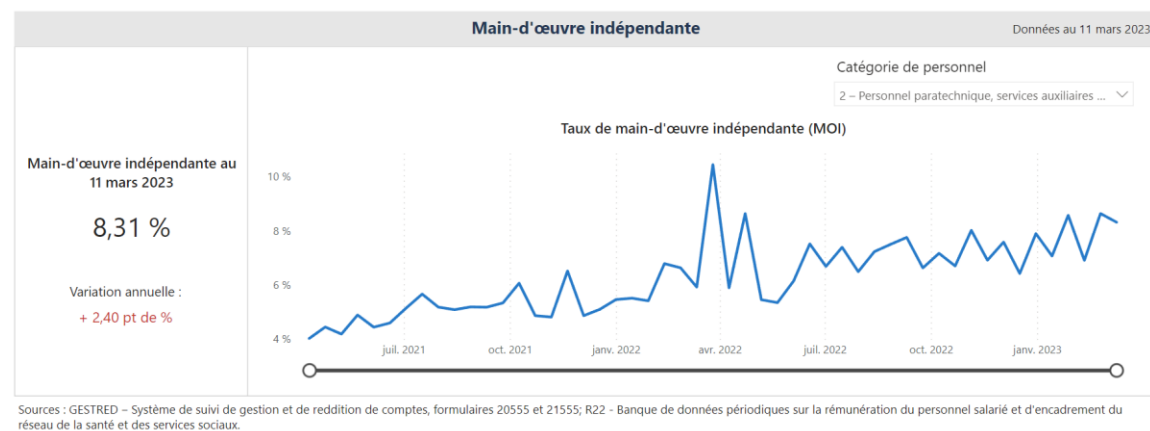
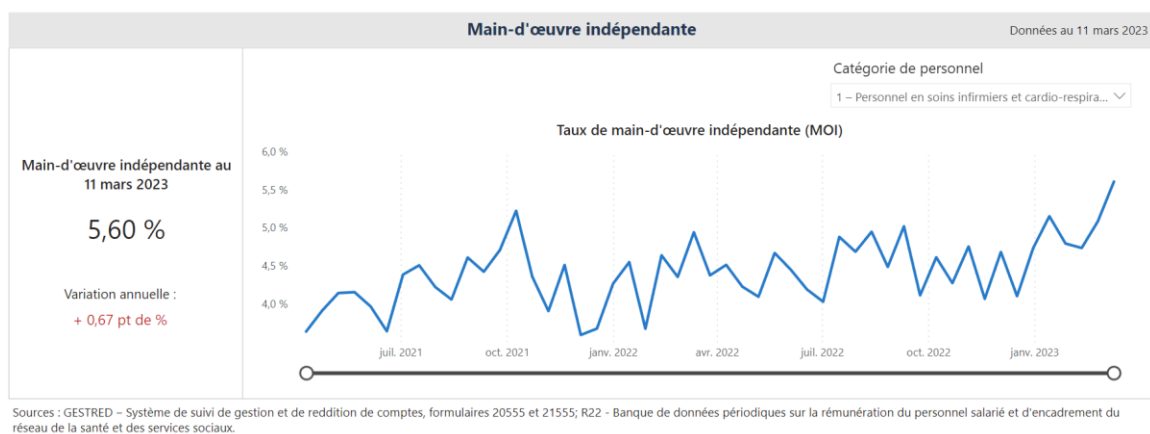
...

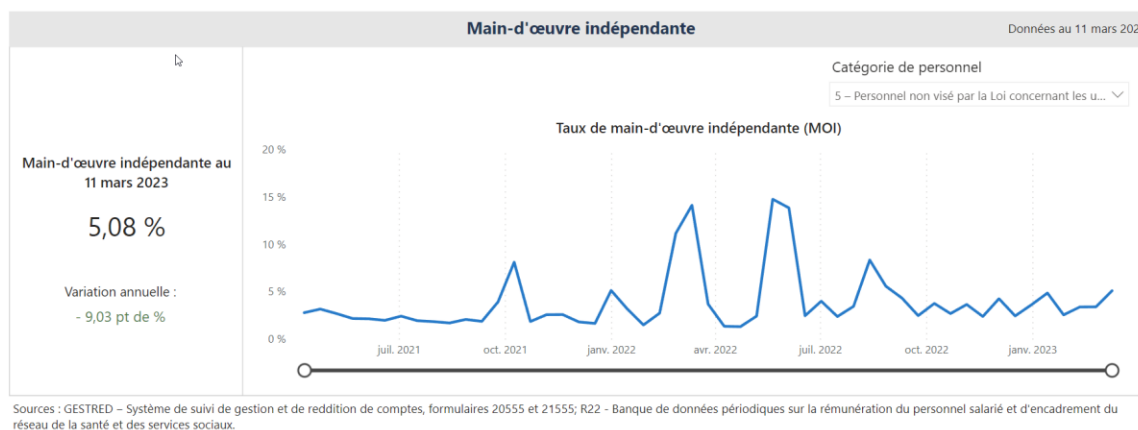
« Je suis capable de vous dire aujourd'hui, parce qu'on la fait, cette planification, qu'il nous manque tant d'infirmières, qu'il nous manque tant de PAB... C'est des chiffres qui sont quand même assez importants. Donc, elle se fait cette planification-là... En ce moment, on perd à peu près 40 000 personnes dans le réseau par année... 30 000 personnes par année. Il y a 10 000 que c'est des retraites, il y en a 20 000 que c'est des départs. On le sait ça. Ça fait que c'est pour ça que je vous dis comment ... Alors, on les a, ces chiffres-là. »³¹

Tableaux sur la main-d'œuvre indépendante



³¹ Extrait du *Journal des débats* de la *Commission de la santé et des services sociaux* Version préliminaire Le mercredi 22 mars 2023. 18 heures 10, propos de M. Christian Dubé, ministre de la Santé et des services sociaux.





Ces pourcentages ne sont pas des plus explicites; il y a lieu de consulter d'autres sources et faire des recoupements. C'est ce que nous avons fait, avec les données accessibles qui suivent.

Ainsi, l'étude de *Raymond Chabot*³² qui a été commandée par l'Association des entreprises privées de personnel soignant du Québec (en abrégé, EPPSQ) nous fournit d'autres données; ces données proviennent du MSSS Base de données M30 *Rapports financier AS-471*, elle indique que :

- La proportion des heures travaillées dans le Réseau par des travailleuses des Agences était de 4,3% en 2021-2022; 18 millions d'heures par des travailleuses des Agences sur les 418 millions d'heures travaillées dans le Réseau;
- Il y a eu une demande accrue de la part des établissements de santé pour des heures additionnelles à être faites par les Agences : en 2016-2017, 5,5 millions d'heures par rapport à 2021-2022, 18,1 millions d'heures. Ce qui représente une croissance de la demande pour des travailleuses de l'Agence de 231%.
- Pour les mêmes années, la main-d'œuvre demandée pour les régions est passée de 3,4% à 13,2%.

De plus le ministre rapporte³³ que

« ...Puis quand je devrais dire le Grand Montréal, c'est deux tiers des heures. On l'a vue,..., 9 millions d'heures ce matin. Puis, quand vous prenez les trois L [illisible, GT] plus la Montérégie, plus l'île de Montréal, c'est à peu près 6 millions d'heures sur 9 millions d'heures... »

Maîtrise des coûts, mais de quels coûts parlons-nous?

D'abord, s'agit-il des coûts qui englobent toutes les situations d'absence?

³² « Étude économique sur les coûts d'emploi du personnel soignant des agences de santé » a été réalisée par Raymond Chabot Grant Thornton pour EPPSQ.

³³ Extrait du *Journal des débats* du 16 mars 2023.

S'agit-il des coûts payés aux *Agences*?

Les heures qui combleraient les *Agences* représenteraient environ en moyenne 3% à 4% des heures totales travaillées dans les établissements de santé. Ces pourcentages sont moindres ou supérieurs, selon les régions sanitaires.

Alors, si je comprends bien, le problème est documenté et quantifié; le problème s'est exacerbé avec l'impact de la pandémie sur les employés en termes de retrait préventif du travail, d'invalidités, en termes de démissions des postes occupés et de réduction des disponibilités sur les listes de rappel.

Ces postes sans titulaire, absent ou démissionnaire, n'ont pu être comblés avec de nouvelles employées, d'où le recours par les Directions des établissements de santé au temps supplémentaire obligatoire (TSO) et le recours aux *Agences* de placement qui ont offert des remplacements pour ces mêmes établissements de santé, dont les coûts ont été présentés et acceptés dans le cadre d'appels de services par appels d'offres ou de gré à gré.

Certaines *Agences* ont profité de cette situation par une surfacturation et ainsi augmenter ses prix et ses profits.

C'est donc dire que le problème de manque de personnel s'est doublé du problème d'augmentation des coûts facturés par certaines *Agences*.

Le *ministère de la santé* a voulu colmater la plaie et stopper l'hémorragie en incluant des dispositions contraignantes pour les derniers *Appels d'offres* et qui ont été contestées par les *Agences* et que la *Cour supérieure* a pris position en faveur de la demande des *Agences*³⁴.

Cette question sera abordée dans la section « Contrôle budgétaire et recours du processus d'appels d'offres administré par l'équipe du *Centre d'acquisitions gouvernementales* (en abrégé, CAG) selon la démarche, dont les étapes sont : l'analyse du marché, de la performance du fournisseur et élaboration de la stratégie; l'élaboration du mandat permettant de confirmer les quantités auprès des établissements; la gestion de l'appel d'offres : l'évaluation des soumissions; la saisie des ententes par les membres dans leurs systèmes informatisés; la mise en application des ententes.

Question # 2 Prévision et planification en main-d'œuvre

³⁴ La décision se trouve dans le Mémoire de la EPPSQ; source : https://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique_187421&process=Default&token=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vlv9rjij7p3xLGTZDmLVSmJLoge/vG7/YWzz

L'État employeur a-t-il fait une gestion prévisionnelle des ressources humaines (en abréviation GPRH) rigoureuse et une planification adéquate des besoins en matière de main-d'œuvre (PBMDO) au cours des dernières décennies ?

Il est évident que la GPRH et la PMDO du *ministère de la santé*, des CIUSSS et des CISSS n'ont pas été à la hauteur des défis à surmonter. L'arrivée de la pandémie de Covid-19 a été l'incident révélateur de l'ampleur de la non-atteinte des objectifs en matière de GRH.

Il apparaît que le Gouvernement lui-même par l'entremise du *ministère de la Santé et des Services sociaux* et de ses structures de gestion et de planification n'a pas su déployer et faire le suivi de sa propre gestion prévisionnelle des ressources humaines concernant les établissements de santé. Je reproduis en exemple ce que pourtant préconise Emploi-Québec³⁵ :



Les questions posées m'apparaissent suffisamment claires et adéquates pour s'assurer de mettre en place les ressources et les moyens pour identifier les besoins, faire l'évaluation des résultats attendus et des résultats obtenus et établir des plans de corrections des écarts pour rencontrer les besoins immédiats et futurs ?! Et pourtant, ...

³⁵ Source :

https://www.emploi.quebec.gouv.qc.ca/guide_mesures_services/05_Mesures_programme_Emploi_Quebec/05_6_Concertation_pour_emploi/Annexes_CPE/NAPPERON_recto_verso.pdf

► *Quelques suggestions de questions dans le cadre d'un prédiagnostic*

- Connaissez-vous la moyenne d'âge de vos employés?
- Avez-vous fait un inventaire de vos emplois? Savez-vous quels sont vos postes-clés?
- Existe-t-il des stratégies de transfert de connaissances en ce qui concerne vos postes-clés?
- Y a-t-il beaucoup de roulement de personnel dans votre entreprise?
- Au cours des cinq dernières années, quelle a été la moyenne annuelle de départs (retraites, démissions, maladies, autres)?
- Avez-vous des projets d'expansion? Si oui, avez-vous la main-d'œuvre nécessaire à cette expansion?
- Est-ce que certaines lois et réglementations actuelles ou à venir peuvent entraîner la révision de certaines de vos pratiques? (normes du travail, quotas d'importations, tarifs douaniers, etc.)
- De quelle manière l'évolution technologique affecte-t-elle les activités de votre entreprise? Quel est son effet sur vos ressources humaines?

► *Quelques indicateurs pouvant inciter une entreprise à investir dans une démarche de GPRH*

- Taux de roulement élevé
- Augmentation du nombre de postes vacants
- Difficultés à attirer et à retenir la main-d'œuvre
- Départs plus nombreux que les embauches
- Nombre élevé d'heures supplémentaires
- Âge avancé des employés
- Disponibilité réduite de la main-d'œuvre locale ou régionale pouvant répondre aux besoins de l'entreprise
- Manque de main-d'œuvre qualifiée et compétente
- Absence de relève pour les postes-clés
- Développement accru du secteur d'activité
- Accélération du progrès technologique
- Changement organisationnel important envisagé (fusion, impartition de certaines activités, décroissance des effectifs, etc.)
- Données historiques de l'entreprise sur les départs (cinq dernières années)
- Nombre de départs à la retraite prévus dans les trois prochaines années
- Croissance soutenue des activités de l'entreprise
- Évolution constante des métiers exercés dans l'entreprise
- Réglementation future ayant des répercussions sur les ressources humaines

J'insiste pour dire que tous les éléments nécessaires étaient présents pour concevoir, évaluer et mettre en place les dispositifs pour éviter les carences, les écarts négatifs, la perte des savoir-faire, les surcharges de travail, les non-remplacements, les remplacements partiels, le temps supplémentaire et le temps supplémentaire obligatoire, la défection, le recours *chronique* aux *Agences de placement* et ce, avant même la pandémie et ce, depuis plusieurs décennies passées.

C'est dire que le secteur public a régressé par rapport au secteur privé sur le marché de l'emploi. C'est ce que nous rapporte le chercheur Guillaume Hébert³⁶ :

Réduction de la part d'emplois dans le secteur public

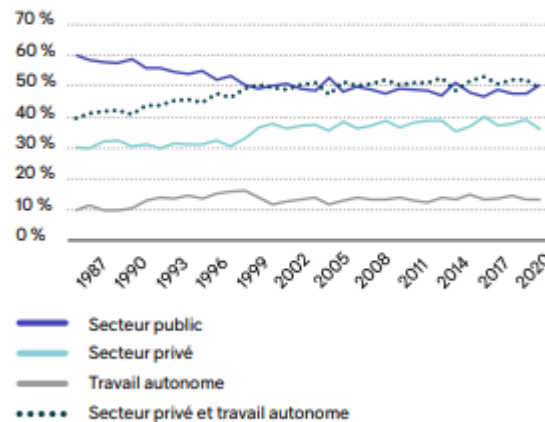
Pour comprendre la place du privé en santé, analyser les sources de financement ne suffit pas. Il faut également prendre en compte le mode de propriété dans lequel évoluent les dispensateurs de soins. Au Québec, il est possible de recevoir un service privé qui sera remboursé par l'assurance maladie publique. L'analyse des taux d'emplois selon les secteurs public ou privé nous renseigne un peu plus sur ce phénomène.

Le nombre de travailleurs et de travailleuses dans le domaine des « soins de santé et assistance sociale » au Québec s'élevait à 606 400 en 2019. Comme le montre le graphique 4, la proportion des travailleurs et des travailleuses de la santé qui exercent dans le secteur privé ou qui sont travailleurs ou travailleuses autonomes a augmenté au fil des décennies. Leur proportion était de 39,8 % en 1987 alors qu'elle atteignait 52,3 % en 2019, soit une augmentation de 31 %.

Cette augmentation s'est effectuée aux dépens du secteur public, dont la proportion a suivi la trajectoire inverse (de 60,2 à 47,7 %). L'embauche accrue de personnel dans le réseau public en raison de la pandémie annonce toutefois une remontée de la proportion d'emplois dans ce secteur. En 2020, elle était de 50,7 %, en hausse de 3 points de pourcentage.

³⁶ Dans son étude intitulé « *La progression du secteur privé en santé au Québec* » Fiche no 1 Mars 2022 Série Le privé en santé de l'*Institut de recherches et d'informations socioéconomiques (IRIS)* ; Source : https://iris-recherche.gc.ca/wp-content/uploads/2022/03/IRIS-FICHE1_prive-sante_VF.pdf

Emplois dans le domaine des soins de santé et assistance sociale, secteur public, secteur privé et travail autonome, Québec, 1987 à 2020



SOURCES : Statistique Canada, Tableau 14-10-0027-01.
Calculs de l'auteur.

Le *Gouvernement* a besoin de comprendre les raisons qui font que le secteur privé est plus apprécié et *choisi* que ne l'est le secteur public, si le Gouvernement est déterminé de (re)devenir un employeur de choix et que les établissements publics redeviennent attractifs parce qu'elles auront compris ce qui motive désormais les chercheurs d'emplois.

Attractivité du milieu de travail et de l'emploi

Le qualificatif « attractif » à tout son sens : attractif au sens qui rencontre les attentes des candidats, qui offre une qualité de vie au travail enrichissante comme personne, comme collègue, comme contributeur à la qualité, donc suffisamment attrayant pour s'engager dans l'aventure du travail, relever les défis, réussir sa vie et son travail, et y faire une carrière aux développements variés.

Puisque la question des coûts constitue une épine dans le pied de l'État employeur, il y a lieu de faire la lumière sur certains points.

Il y a d'abord des états de fait qui demandent à être enquêtés, notamment sur l'imputabilité des PDG de CIUSSS et de CISSS. Il appartient au Gouvernement de demander des explications et d'évaluer les performances au-delà des ententes de gestion et d'imputabilité signées.

Il y a des interrogations qui demandent aussi une investigation et des réponses :

- Comment se fait-il que le processus de contrôle budgétaire et des suivis budgétaires n'aient pas mis en évidence un problème de surfacturation?
- Peut-on calculer un coût facturé dont l'un des paramètres serait le coût associé à un taux horaire ?

- Dans les Appels d’Offres (en abréviation, AO) les demandeurs (*CIUSSS*, *CISSS* et autres) ont-ils indiqué des obligations en matière de coût facturé ou l’initiative et la responsabilité ont été celles de *CAG*³⁷?
- Un taux horaire unique par type d’emploi permettrait-il une juste estimation des coûts et une juste facturation pour les *Agences*?
- Qui a été informé et a autorisé les contrat de gré à gré ?

³⁷ CAG est l’acronyme pour le Centre d’acquisitions gouvernementales
 « Le Centre d’acquisitions gouvernementales (CAG) a pour mission de fournir aux ministères et organismes publics les biens et les services dont ils ont besoin dans l’exercice de leurs fonctions, et ce, dans l’objectif d’optimiser les acquisitions gouvernementales dans le respect des règles contractuelles applicables. » Source :
<https://www.quebec.ca/gouvernement/ministeres-et-organismes/centre-dacquisitions-gouvernementales>

Contrôle budgétaire et recours aux appels d'offres

C'est un fait de droit que les employées qui ont quitté leurs postes et leurs emplois avaient la liberté de le faire et avaient des raisons suffisantes concernant tant les conditions de travail que la rémunération auxquelles les *Agences* ont répondu favorablement et n'avaient pas d'autres obligations légales et contractuelles.

C'est aussi un fait qu'il y a eu de la part de certaines *Agences de placement* des excès et des abus en matière de coûts facturés. Il y aurait lieu de les identifier, de les chiffrer et de les publier et de voir s'il est possible d'en récupérer une partie.

Mais c'est aussi un fait que les responsables des établissements publics, PDG et Directeur des finances pouvaient et auraient dû réagir et dénoncer la situation au Ministre, et auraient ainsi pu se prémunir contre toutes facturations exagérées dans le cadre des conditions et des dispositions des *Appels d'offres publics* mis en œuvre par le CAG et SEAO³⁸. Qu'en est-il des ententes gré à gré, sont-elles mises en cause?

Question # 3 Le contrôle des coûts

Le Gouvernement, les CIUSSS, les CISSS étaient-ils en mesure de contrôler les coûts demandés par les Agences et de demander des explications et justifications aux présidents directeurs généraux des établissements de santé ?

Je n'arrive pas à m'imaginer que les Directions des finances concernées n'ont pas réagi et n'ont pas établi l'équation des coûts.

Il était donc possible d'exercer un contrôle budgétaire et le suivi sur les coûts facturés.

³⁸ SEAO est l'acronyme de « Système électronique d'appel d'offres », approuvé par le gouvernement du Québec. C'est une application accessible par Internet - à l'adresse www.seao.ca - qui rassemble les différents avis de marchés publics provenant de la plupart des organismes publics du Québec, soit les ministères et organismes publics de l'administration gouvernementale, les organismes du réseau de l'éducation, les organismes du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que les municipalités et les autres organismes municipaux. Ces organismes sont tenus d'utiliser le SEAO pour la publication de leurs avis, la distribution de leurs documents d'appel d'offres et la publication des renseignements de leurs contrats.

D'autres organismes peuvent aussi utiliser le SEAO, comme les sociétés d'État à vocation commerciale ou industrielle, les organismes à but non lucratif et autres entreprises privées. Les fournisseurs intéressés par les marchés publics peuvent y consulter les avis publiés et se procurer les documents afférents lorsqu'ils sont distribués par le SEAO.

Source : <https://www.seao.ca/information/apropos.aspx>

Les coûts facturés pouvaient, devaient inclure ou auraient dû inclure les composantes suivantes :

1. Le taux horaire en fonction du titre d'emploi et des années d'expérience reconnues selon les échelles de salaire conventionnée (T_{xta});
2. Le montant des primes (d'inconvénients, de responsabilité, etc.) (P_{i,r});
3. Les bénéfices marginaux (BM)³⁹;
4. Autres avantages sociaux proposés (A_{Sp});
5. Charges sociales telles que AE, FSS, CNESST, etc. (CS);
6. Cotisations syndicales (CoS); à venir;
7. Frais administratif de l'Agence (Fa);
8. Marge de profit de l'Agence (MP);
9. Nombre d'heures travaillées (N_h).

La formule du coût facturé (C_f) :

$$\hat{C}_f = \{(T_{xta} \times N_h) + P_{i,r} + BM + A_{Sp} + CS + CoS + Fa + MP\} + \{\text{Taxes applicables (remboursables)}\}$$

Ces coûts estimés devaient mettre en évidence le poids de chacune de ces composantes dans le budget global alloué, et, le coût facturé des services achetés aux *Agences* par rapport aux autres coûts de main-d'œuvre en y incluant les coûts du personnel absent.

La surfacturation aurait été facilement mise en évidence, questionnée, discutée et stoppée.

Mais il semble qu'il a fallu que le *Ministre* s'en mêle pour rappeler à l'ordre les PDG des CIUSSS et des CISSS et les *Agences* elles-mêmes.

³⁹ Les bénéfices marginaux sont des avantages sociaux ajoutés au salaire des employés à temps partiel pour l'accumulation de vacances et afin de compenser les journées de maladies et les journées de congés fériés non payées. Comme les bénéfices marginaux pour les congés fériés et les maladies sont versés sur chaque paie, l'employé n'est pas rémunéré lors de la prise d'une journée de maladie ou d'un congé férié. À l'inverse, le versement du montant relié à l'accumulation de vacances se fait à la prise des journées de vacances. Source : https://www.google.ca/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiCmM_Okovr9AhUBUaQEHaKHDKAQFnoECB8QAw&url=https%3A%2F%2Fwww.santelaurentides.gov.qc.ca%2Ffileadmin%2Finternet%2Fciyss_laurentides%2FEspace_employe%2F03_Benefice_s_marginaux_.pdf&usg=AOvVaw0C2NN-VpEILB0Fa11B-c0G

Le *Ministre* ne s'est pas gêné de prendre à partie le président de l'*Association des entreprises privées de personnel soignant du Québec* (en abrégiation : *EPPSQ*) au cours de la présentation de leur *Mémoire* à la *Commission de la santé et des services sociaux*, lors de ses consultations qui ont eu lieu les 14 et 15 mars 2023.

Cependant, son emportement ne lui aura pas permis de réfléchir sur le contenu du *Mémoire* déposé, les admissions mais aussi les propositions de solution présentées; le *Ministre* s'est plutôt contenté plutôt de demander des explications et des justifications non pas au président de l'*Association* mais au que propriétaire d'*Agences*.

Question # 4 Adéquation entre absences et remplacements

Le *Gouvernement-L'État employeur* peut-il dans un marché entièrement contrôlé par l'État *paramétriser*⁴⁰ l'ensemble des facteurs du marché libre de l'emploi et lui permettre d'éliminer l'apport du privé pour atteindre son plein-emploi, atteindre l'autosuffisance ?

Pour ce faire, il faudrait comprendre les situations d'absence et la nature des remplacements que les établissements n'arrivent pas à combler avec leurs propres moyens. Les CIUSSS, les CISSS ont des listes de rappel centralisées mais n'arrivent pas à procéder aussi efficacement que ce qui se faisait à petite échelle, lorsque chaque établissement était autonome.

La centralisation a créé n'ont pas des économies d'échelle mais des déséconomies⁴¹ d'échelle et des dépendances au TSO et aux *Agences* comme moyens faciles de suppléer aux besoins de remplacement.

Comprendre les problèmes pour combler les besoins

Comprendre les problèmes pour combler les besoins, mais aussi comprendre les besoins pour régler les problèmes !

Il faudrait donc comprendre ce qui constitue des obstacles à la rétention du personnel dans les postes pour assurer le plein-emploi, la continuité de services et de soins, en quoi consiste la satisfaction des employées de l'État, comment régénérer les motivations de rester en emploi et comment susciter et déploiement et

⁴⁰ « *Paramétriser* » est un néologisme qui signifie complètement maîtriser. Le mot a été créé en pensant aussi à cet autre mot qui est « *paramétriser* » synonyme de « *paramétrer* » les facteurs qui explicitent l'essentiel du phénomène et en fonction desquels on peut modéliser des propositions et des solutions d'un problème et leurs impacts.

⁴¹ Définition de déséconomie : « En microéconomie, les déséconomies d'échelle sont les inconvénients de coût que les entreprises et les gouvernements accumulent en raison de l'augmentation de la taille ou de la production des entreprises, ce qui entraîne une production de biens et de services à des coûts unitaires plus élevés. » Source : https://fr.wikipedia.org/wiki/D%C3%A9s%C3%A9conomie_d%27%C3%A9chelle

l'intéressement. Il faudrait comprendre les contradictions dans l'équation de la main-d'œuvre.

Voici ce qu'a dit M. Vincent Marissal, député de Rosemont, et qui a été consigné dans le *Journal des débats* du 16 mars 2023 sur la répartition de la main-d'œuvre :

« Comment se fait-il que le CUSM demande à des infirmières de prendre des congés pour ne pas accumuler trop de temps, puis qu'on les mette en congé, puis qu'il n'y ait à peu près pas de TSO, puis que, pendant ce temps-là, à Maisonneuve-Rosemont, on tire le diable par la queue tous les jours ? Je comprends qu'on ne peut pas obliger une infirmière du CUSM d'aller travailler à Maisonneuve-Rosemont, puis je la comprendrais si ça ne lui tentait pas, mais ça serait bien d'avoir une vue d'ensemble sur la répartition de la main-d'œuvre, d'autant plus qu'on espère d'en ramener, des infirmières, dans le réseau... » [Je souligne, GT]

Y a-t-il ou n'y a-t-il pas une pénurie de main-d'œuvre en soins ? Pourquoi les Agences réussissent-elles à offrir des conditions de travail tellement avantageuses ? Explications de M. Marissal :

« Parce qu'il y a quelque chose de pas normal, là, quelque chose de ne pas normal que Maisonneuve-Rosemont, mais d'autres hôpitaux aussi, ..., il y a en d'autres hôpitaux qui tirent le diable par la queue constamment, alors qu'il est vrai qu'on n'a jamais eu autant d'infirmières au Québec⁴². Il n'y a pas de pénurie de main-d'œuvre, c'est que la main-d'œuvre n'est pas à la bonne place. Les agences n'ont aucune pénurie de main-d'œuvre. ... [Je souligne, GT]. Puis on l'a dit, on nous l'a dit aussi, là, ils rentrent dans une RPA ou dans un centre conventionné, ils vident l'étage en deux semaines parce qu'ils ont des conditions de travail tellement avantageuses, tellement avantageuses. Alors, dites-moi qu'il manque du monde, le monde n'est pas à la bonne place puis il faut les ramener. [Je souligne, GT] »

Pour ne pas avoir besoin de l'entreprise privée pour combler ces postes vacants et les PTDT⁴³, il faudrait que la Direction des ressources humaines du MSSSQ et celles des CIUSSS et des CISSS sondent les attentes des nouvelles arrivantes sur le marché du travail, établissent le profil des candidates et révisent entièrement leur approche de la GPRH⁴⁴ et de la PMDO, de la mobilité interne des salariées, de l'absentéisme tous azimuts de l'assiduité et des processus de remplacement.

⁴² Il s'agit de notre référence au site OIIQ; source : [Portrait de l'effectif infirmier au Québec | OIIQ](#) : 82 271 membres inscrits; 7,70 infirmière par 1 000 habitants; 68% de l'effectif travaille à temps complet; 3 565 nouveaux titulaires de permis délivrés en 2020-2021.

⁴³ PTDT est l'abréviation pour les postes temporairement dépourvus de leur titulaire.

⁴⁴ Lire *Stratégie nationale sur la main-d'œuvre 2018-2023* https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/emploi-solidarite-sociale/documents/STRAT_mdo-2018-2023_MTESS.PDF

Malgré les efforts entrepris, il semble que l'on n'arrive pas à atteindre les cibles et/ou à obtenir des résultats positifs escomptés, malgré 1- les *formations en santé et services sociaux*, 2-les *mesures exceptionnelles pour l'attraction et la rétention du personnel de la santé et des services sociaux*, et 3- les *mesures pour la main-d'œuvre dans le secteur psychosocial*⁴⁵.

Mais la Direction devra surtout ajuster ses interventions en fonction du nouveau paradigme en matière d'attractivité et restructurer l'organisation du travail pour qu'elle soit compatible, flexible, ouverte et porteuse d'un *nouveau contrat social de travail*, du *nouveau paradigme*.

Mais pour connaître l'ampleur du travail à faire, il y a lieu d'abord de quantifier les besoins; j'imagine que cet exercice a été fait par l'Employeur et qu'il est en train d'identifier :

1. Ce qui crée le besoin de remplacement,
2. Les raisons de la défection des candidats et des titulaires des postes dans le réseau de la santé et
3. Les dispositifs pour que le personnel choisisse de rester à l'emploi.

Besoin de remplacement

Il y a lieu de comprendre un certain nombre de faits au sujet des besoins et des modalités de remplacement que je vais tenter d'expliquer dans la suite de ce texte :

D'abord, il existe deux situations qui expliquent la presque la totalité des besoins de remplacement :

- Situation No. 1 : Poste nouvellement créé (PNC) et poste vacant (PV);
- Situation No. 2 : Poste temporairement dépourvu de sa titulaire (PTDT).

Ces situations sont soumises à des processus de remplacement : ainsi, lorsque ces processus internes ne permettent pas de trouver une remplaçante, le processus externe est enclenché.

Situation No. 1 : Poste nouvellement créé (PNC) et poste vacant (PV)

Lorsqu'une nouvelle activité (un nouveau service) est structurée, les responsables du projet doivent rassembler tous les éléments qui entrent dans la réalisation de l'activité :

- La mission de l'unité de travail et type de clientèle
- Les locaux, les espaces, les aménagements, les équipements, les fournitures,
- Le temps de la réalisation des activités versus le temps de travail,

⁴⁵ Source : <https://www.quebec.ca/gouvernement/ministere/emploi-solidarite-sociale/publications/operation-maindoeuvre>

- Le nombre de patients par exemple, les soins et services requis en fonction des ratios reconnus,
- Les fluctuations des activités, etc.,
- Les spécialités, les compétences, les habiletés,
- La composition et le nombre des ressources humaines requises pour mettre en place des postes réguliers, pour couvrir, les besoins par exemple par unités de soins infirmiers, sur le 24/24, 7/7 et ce, à longueur d'année et en fonction de l'activité à couvrir; tout en prévoyant le remplacement des vacances et des congés fériés,
- Une structure de postes la plus stable possible qui couvre l'ensemble des besoins pour réaliser une activité:
 - Des postes à temps complet (TC) (dit aussi temps complet permanent (TCP)),
 - Des postes à temps partiel réguliers (TPR), sachant qu'une employée ne peut travailler plus de 5 jours par semaine régulière de travail. Les deux autres jours entrent dans la constitution (la création) d'un autre poste, dans la mesure où l'activité doit être réalisée tous les jours de la semaine, voire le soir, la nuit; le complément à un poste TCP, 5 jours/semaine est un poste à temps partiel régulier (TPR) 2 jours/semaine.

Donnons un exemple simple, nous avons une unité de soins infirmiers qui fonctionne, avec 1 poste à TC, 5 jours/semaine et 1 poste à temps partiel régulier (TPR), 2 jours/semaine, Donc, tous les besoins de la semaine sont couverts.

Si l'une ou l'autre des titulaires quitte définitivement le poste, le poste sans titulaire devient un poste vacant (PV). Il est affiché à l'interne en vue de l'offrir aux employées qualifiées et selon l'ancienneté; il peut être aussi déclaré « poste réservé » pour permettre la réintégration d'une employée accidentée du travail, par exemple, dans la mesure où le poste peut être aménagé et que l'employée rencontre les exigences de base.

Si ce poste affiché n'est pas comblé, alors l'Employeur peut recruter des candidats de l'externe;

Les employés sur la liste de remplacement (qui ont été mises à pied à la suite de l'abolition de leur poste, et après le processus de supplantation (« *bumping* »), pourrait avoir la préséance.

Il est essentiel pour la stabilité des équipes, l'efficacité des interventions, l'efficacité du service de combler les postes vacants.

C'est dire que les remplaçantes des *Agences*, même les plus compétentes, ne sauraient combler parfaitement le poste et le travail en équipe (méconnaissances des lieux, des aménagements, des patients, des profils de santé, des usages, des autres membres de l'équipe, les modalités du travail en équipe, etc.)

Dans un texte précédent⁴⁶, j'ai déjà fait la comparaison entre une infirmière de l'établissement et une infirmière de l'Agence.

Donc, selon la structure organisationnelle des postes ou structure de postes⁴⁷ et selon les dispositions des conventions collectives, tous les nouveaux postes créés sont comblés en application des dispositions précédentes et si le poste n'est pas comblé alors, le recrutement se fait selon le processus de recrutement externe de candidates ayant les compétences requises et selon des modalités prévues.

Situation no 2 : Poste temporairement dépourvu de sa titulaire (PTDT)

Advenant une absence de son titulaire, de quelque nature⁴⁸ que ce soit, -on comprend qu'il ne s'agit pas d'une démission ou d'un départ ou décès, - le poste est considéré comme un poste temporairement dépourvu de sa titulaire (PTDT)

Dans quelles circonstances ou situations un poste est-il temporairement dépourvu de sa titulaire ?

Les situations sont répertoriées dans les conventions collectives; en général, il s'agit de :

- Invalidités (maladies, accidents du travail, maladies professionnelles, accidents automobiles, victimes d'actes criminels);
- Congés sociaux
- Congés sans solde
- Congés sans solde pour fins d'études
- Etc.

Le besoin de remplacement (BR) est une fonction de toutes les situations où la titulaire d'un poste est absente pour tous les motifs prévus à la convention collective :

$$\text{BR} = \{\text{PNC} + \text{PV} + \text{PTDT} + \text{AS}\}$$

⁴⁶ Les pages 10 à 12 de mon Mémoire. Source :

https://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique_187449&process=Default&token=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vlv9rjij7p3xLGTZDmLVSmJLoqe/vG7/YWzz

⁴⁷ Voir un exemple tiré de la réalité, il s'agit de « PROJET DE RÉVISION DE LA STRUCTURE DE POSTES Titres d'emploi visés de la catégorie 2 » du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, Janvier 2021. Source :

https://www.cisssca.com/clients/CISSSCA/Sous-Sites/Extranet/Portail_RH/Bonification_TPR/Pr%C3%A9sentation_gestionnaires_Services_aux_xiliaires.pdf

⁴⁸ Le nombre d'absences prévus aux conventions collectives sont nombreuses : tous les congés sociaux (naissance, adoption, congés personnels, mariage, décès d'un membre de la famille, etc.), congé d'études, congé sans solde, etc, etc.), les maladies, les retraits préventifs, les accidents du travail, etc. Ces situations font en sorte que la titulaire est absente et qu'il s'agit de situations où le PTDT.

Processus internes de remplacement dans des PTDT.

Les processus internes pour combler les postes sont :

- L'équipe volante composée d'employée détentrice d'un poste à temps complet ou temps partiel;
- La liste de rappel (où liste de disponibilité sur laquelle sont inscrites les noms des personnes qui ont exprimé une disponibilité pour travailler soit qu'elles détiennent un PTR et veulent travailler davantage, soit que ce sont des personnes qui ne tiennent pas de postes qui viennent de l'extérieur de l'établissement et qui expriment une disponibilité pour travailler dans des titres d'emploi pour lesquels elles possèdent les compétences).

Il est essentiel pour la stabilité des équipes, l'efficacité des interventions, l'efficacité du service d'effectuer les remplacements dans les PTDT par des mécanismes internes et du personnel internes, déjà à l'emploi de l'établissement.

Les *Agences* et la main-d'œuvre indépendante devraient essentiellement intervenir et suppléer aux besoins seulement à titre exceptionnel.

Les remplacements des *Agences* ne sont pas en mesure, comme déjà expliqué, de combler parfaitement le poste et le travail en équipe. La connaissance des patients, des collègues, du milieu et des usages ne peuvent d'être acquises qu'avec le temps passé au travail et la fréquentation régulière du milieu de soins.

Aux PNC et aux PV, il faut ajouter d'autres situations (AS) qui demandent d'une personne en surplus, il s'agit :

- Les surcroûts temporaires de travail (STT);
- Des travaux à durée déterminée (TDT),
- Les situations d'urgence ou de force majeure (SU, FM) ou
- Toutes autres situations imprévues nécessitant un personnel d'appoint pour une durée limitée (SImp).

Défection ou rétention, selon le paradigme explicatif

Il y aurait eu en 2021 près de 11 000 travailleuses qui auraient choisi de travailler pour une Agence.

Le paradigme chez les travailleurs n'est plus « la permanence, l'ancienneté, le haut salaire, la retraite », mais le nouveau paradigme qui privilégie dans l'emploi « la flexibilité du temps et de la durée de travail, le développement, la carrière et l'allégement de la tâche ».

Autrement dit, c'est la Qualité de vie à l'extérieur du travail qui conditionne la Qualité de vie au travail et ce n'est plus le travail qui impose son organisation de son temps et de ses activités à la vie en dehors du travail des travailleuses.

Il y a donc lieu que le Gouvernement s'assoit avec ses partenaires dont les syndicats pour rajuster de façon adaptative les organisations du travail pour non seulement intéresser et attirer, mais recruter, maintenir en emploi, faire évoluer les emplois et les employées et leur permettre de planifier, consolider une carrière.

Les opportunités et l'attrait d'avoir plusieurs emplois et plusieurs carrières au sein du réseau est la voie pour l'atteinte du plein-emploi dans le secteur de la santé et des services sociaux.

Les contraintes du travail requis.

Il y va de la pénibilité de l'emploi, alimentée par les exigences d'investissements émotifs, psychologiques et physiques requises pour travailler auprès des personnes qui souffrent et ont besoin d'attention, de respect, de services et de soins.

Il y a le travail de soir, de nuit et de fin de semaine, les vacances attribuées par ancienneté et non pas selon les préférences et les désirs de l'employée, les régions éloignées, les exigences des clientèles desservies, les conditions matérielles de travail inadéquates, l'insuffisance de places de garderie, etc.

Il y a aussi la surcharge de travail même à travailler avec des remplaçantes, compte tenu de l'absence des membres réguliers détentrices de postes.

La question du TSO s'est retrouvée devant les Tribunaux⁴⁹, l'*Organisation mondiale du travail* et le *Bureau international du travail* qui en a été saisie par le FIQ⁵⁰. Le 12 février 2022, La FIQ expliquait sa démarche comme suit :

« Devant l'inaction du gouvernement du Québec, la FIQ et ses syndicats affiliés ont participé au dépôt d'une plainte contre le temps supplémentaire obligatoire au Bureau international du Travail (BIT), associé à l'OIT, pour que cesse cette pratique de gestion discriminatoire envers les professionnelles en soins, majoritairement des femmes, et qui porte atteinte à leur santé, à leur sécurité et à leur dignité. »

Le ministère n'est pas sans savoir que la FIQ a raison, mais dans les conditions actuelles du Réseau et l'incapacité des bureaucrates et gestionnaires de trouver des solutions mutuellement acceptables, il y a lieu de temporiser afin de mettre les personnes et les mécanismes en place pour éradiquer le recours abusif au TSO.

⁴⁹ C'est ce que nous rapporte l'article de La presse « Temps supplémentaire obligatoire Victoire de la FIQ en Cour supérieure » Lia Lévesque de La Presse canadienne, publié le 1er mars 2022 : *La Fédération interprofessionnelle de la santé (FIQ) avait demandé au Tribunal d'intervenir pour forcer les employeurs du réseau de la santé à utiliser tous les moyens possibles pour limiter le recours au TSO – le temps supplémentaire obligatoire – par les infirmières.*

Or, le Tribunal administratif du travail avait accueilli une objection de compétence des employeurs, estimant ainsi que cela relevait du droit de gérance des établissements, sur lequel il n'avait pas compétence pour intervenir.

Le Tribunal avait aussi considéré qu'il n'y avait pas de risque d'atteinte aux services auxquels le public a droit, à cause de l'utilisation des heures supplémentaires – ce qui lui aurait permis d'intervenir, selon lui.

La Cour supérieure vient toutefois d'annuler cette décision du Tribunal administratif du travail, qui remonte à 2019.

Le juge Marc St-Pierre, de la Cour supérieure, a accueilli le pourvoi en contrôle judiciaire de la FIQ.

Il retourne le dossier devant le Tribunal administratif du travail, « pour qu'il soit statué sur le fond de la demande d'intervention » de la FIQ visant à forcer les employeurs de la santé à utiliser tous les moyens possibles pour limiter le recours au TSO.

« Il y a peut-être et peut-être certainement un conflit créé par l'utilisation abusive ou soi-disant abusive du TSO, ça n'est apparemment pas contesté, peut-être une action concertée des gestionnaires pour l'utiliser parce que moins compliqué ou moins coûteux (selon les prétentions des syndicats) et peut-être atteinte à un service au public, le tout ne pouvant être décidé sans examen », conclut le juge St-Pierre.

« La thèse des demandeurs (la FIQ et ses syndicats) est peut-être difficile à démontrer mais personne ne prétend qu'elle est farfelue ; il fallait donc leur permettre de la présenter », conclut encore le juge de la Cour supérieure. »

⁵⁰ https://www.figsante.qc.ca/wp-content/uploads/2022/02/2022-02-08_Lettre_de_la_pre_sidente_de_la_FIQ_a_la_Commission_d_experts_de_l_OIT.pdf?download=1
et https://www.figsante.qc.ca/wp-content/uploads/2022/02/Rapport_des_organisations_de_travailleurs_2022-02-04_002_.pdf?download=1

Toutes ses contraintes rendent ces emplois moins attrayants. Il faut se rappeler que le paradigme à changer : les nouvelles générations veulent plus de liberté, de flexibilité, d'allègement, de défi découverte, ...

Si le *Gouvernement-L'État employeur* veut atteindre l'autosuffisance, en éliminant le recours aux *Agences de placement*, aux services achetés et à la main-d'œuvre indépendante, il sous-estime la réalité de l'ensemble de la société où les mouvements de main-d'œuvre sont l'essence même du marché libre de l'emploi et des travailleuses.

Les employeurs font face aussi à des taux d'absentéisme demandant une surcapacité de remplacements. Sans compter les situations d'exception et d'urgences sanitaires.

Vie du travail : Équilibre social entre préférences individuelles et choix organisationnels

La connaissance des aspirations sociales, personnelles, professionnelles et de travail est essentielle pour que les entreprises reconfigurent les emplois, aménagent adéquatement les postes de travail et tiennent compte de la pénibilité spécifique du travail demandé et de la volatilité.

Ainsi, les entreprises seront en mesure de mettre en adéquation les attentes et les besoins et de l'entreprise et de la travailleuse.

Question # 5 : Profils générationnels et marché du travail

Quel est le profil général des générations actuelles et nouvellement arrivées sur le marché du travail ?

Je vous propose le tableau suivant :

Baby-boomers, X, Y, Z : qui sont-ils ?

Voici le portrait des 4 générations qui se côtoient actuellement dans l'entreprise :

	 Date de naissance	 Contexte socio-économique	 Caractéristiques principales
Baby-boomers	Entre 1945 et 1965	• Croissance • Plein emploi • Mai 1968	• Loyauté envers l'entreprise et la hiérarchie • Recherche d'une vie privée plus équilibrée après un travail acharné • Motivés par l'argent et les symboles de réussite (titre,...)
X	Entre 1965 et 1980	• Chocs pétroliers • Crise de l'emploi • Ascenseur social en panne	• Méfiance à l'égard de l'autorité • Importance de l'articulation vie privée/vie professionnelle • Importance accordée à la liberté
Y	Entre 1980 et 1995	• Instabilité de l'emploi • Mutation technologiques • Mondialisation/globalisation	• Individualisme • Imbrication de la vie privée et professionnelle • Recherche d'épanouissement et quête du sens au travail
Z	Après 1995	• Crise économique et financière • Révolution numérique	• Esprit entrepreneurial • Recherche de flexibilité au travail pour concilier vie privée/vie professionnelle • Importance du réseau et des signes de reconnaissance

L'article⁵¹ d'où est extrait le tableau, explore les configurations d'attente et de réalisation à atteindre des générations au travail dans le contexte des entreprises d'aujourd'hui. Je cite :

Des aspirations communes et des spécificités à relativiser

Le travail reste essentiel aux yeux des jeunes mais semble s'inscrire dans un projet accordant plus de place à la réalisation de soi, à l'évolution de carrière et à l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle. D'une fonction statutaire, le travail est passé à une fonction existentielle. On retrouve également un socle commun quant aux attentes vis-à-vis de l'entreprise : garantie de l'emploi, environnement humain, possibilités de développement ainsi que flexibilité du management. *In fine*, les attentes se recoupent sur plusieurs plans mais leur expression est protéiforme.

Par ailleurs, les études sociologiques démontrent que l'effet de socialisation dans l'organisation est plus puissant que l'effet générationnel. Les Z, les Y et les X se posent les mêmes questions, ont les mêmes aspirations quant au travail et à leur carrière, à la différence que les X, en raison de leur âge, sont des managers. Ainsi, si la diversité des parcours peut justifier une individualisation de la GRH, ce ne saurait être le cas d'éventuelles spécificités générationnelles.

Dépasser le clivage générationnel pour mieux les intégrer

Il s'agit de miser sur les moyens favorisant la création d'une dynamique participative et les pratiques collaboratives renforçant la communication intergénérationnelle.

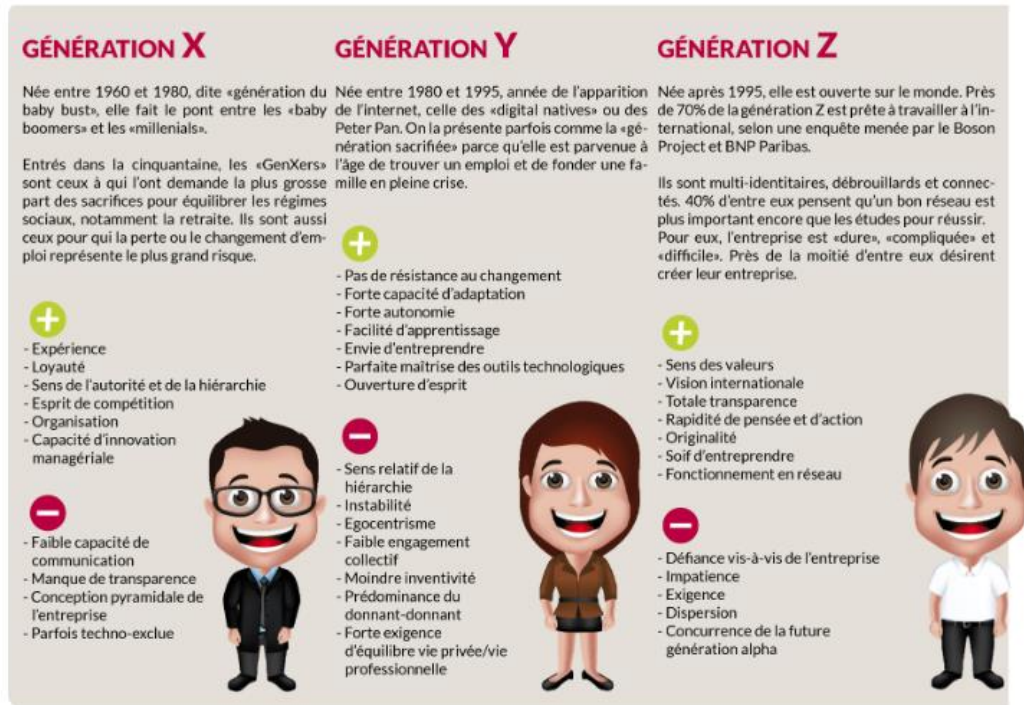
Ainsi, trois leviers contribuent à l'attraction et à la fidélisation des jeunes générations tout en favorisant la collaboration et le partage entre générations dans l'entreprise :

- **Le collaboratif et l'innovation** : Le parrainage permet de répondre à la demande de valorisation et de développement des Y et des Z, les espaces de rencontre 2.0 (intranet, réseaux sociaux d'entreprise...) favorisent également la transversalité et la cohésion sociale ou encore le soutien à l'intrapreneuriat social.
- **L'environnement et le bien-être au travail** : Proposer un cadre de travail intégrant des espaces de convivialité et de partage mais aussi de concentration encourage le travail en équipe, la créativité et l'implication des collaborateurs.
- **La flexibilité et l'équilibre vie privée / vie professionnelle** : Le développement du télétravail et du BYOD (bring your own device) : pratique permettant au salarié d'utiliser à titre professionnel ses outils personnels en matière de téléphonie mobile, d'ordinateurs et/ou de tablettes).

Le décalage des départs à la retraite, conséquence des récentes réformes, accentue aujourd'hui la cohabitation des différentes générations en entreprise qui connaît une révolution de ses espaces de travail, plus ouverts, plus collaboratifs. Ces générations étant porteuses de nombreux clichés qui les opposent apparemment, l'enjeu des politiques RH de l'entreprise n'est plus d'innover pour les attirer ou les retenir, pratiques qui restent nécessairement différenciées en fonction de la génération, mais d'innover pour permettre de trouver le dénominateur commun entre ces générations. Sortir du lieu commun des baby-boomers regrettant le bureau individuel fermé et des nouvelles générations ne travaillant que dans des espaces de détente pour réaliser des lieux de vie permettant le développement du collectif est un enjeu clé des directions immobilières et ressources humaines.

⁵¹ Article de Ludovic Legendre, Rédacteur en chef et Anaëlle Ledein-Laroche, Auteur; Source consulté le 31 mars 2023 : <https://www.bearingpoint.com/fr-fr/publications-evenements/publications/les-nouvelles-generations-au-travail-differencier-ou-integrer/>

Une autre source, nous illustre les différences intergénérationnelles dans cet autre tableau⁵² :



Ce que nous constatons c'est que ce sont des barrières structurelles, organisationnelles et relationnelles qui expliquent que, malgré l'attirance des étudiantes vers le domaine de la santé, et qui alimentent les réticences à occuper des postes dans les établissements de santé publics.

Ne soyons pas étonnés que la réaction au travail donne naissance à des attitudes que mettent en évidence les comportements et les choix des générations au travail toutes confondues et ces tendances sont de :

- Devenir plus individualistes et mettre des conditions à toutes formes de collaboration;
- Garder une distance, si ce n'est développer une méfiance à l'égard de la hiérarchie,
- Développer l'auto-satisfaction en équipe est plus sincère et importante que l'évaluation de la part du supérieur immédiat,
- Avoir un seuil de tolérance plus bas et

⁵² Source : « Qui sont les profils des générations X, Y et Z ? » De Géraldine Gomaere, du 10 mai 2017, auteure de l'article <https://www.journalducsm.com/generations-x-y-z/>

- Prendre la décision rapidement changer d'emploi et d'employeur,
- Considérer que la vie elle-même, en dehors du travail et plus importante et
- Donner à la flexibilité au travail et aux horaires et aux congés personnels une grande importance,
- S'attendre à une évolution rapide dans l'emploi et la rémunération,
- Donner davantage de poids et de valeur la conciliation famille-loisirs-études versus travail, d'où l'importance des avantages sociaux.
- Privilégier la flexibilité et l'autonomie
- Ressentir le besoin de nouveauté en permanence,
- Renforcer la confiance à l'équipe de travail et l'auto-organisation,
- Refuser toutes formes de pressions, de contraintes de la part des représentants de l'autorité et de la part des clients, incluant ce qui peut être perçu comme de la violence psychologique.

Il ne s'agit plus de la rémunération, mais de tout ce qui compose l'environnement, l'écosystème du travail auprès des clientèles (patients, résidents, bénéficiaires). Aussi, l'intéressement ne pourra venir que d'une nouvelle approche des établissements de santé, du type d'intégration et de participation à la vie au travail.

À cette approche interne des personnes à l'emploi de l'État doit aussi correspondre une approche externe des personnes qui désirent malgré les bonifications du milieu rester des travailleuses autonomes auprès d'Agences privées.

Il n'est pas dit et il n'y a pas de raisons qui justifient qu'elles doivent être pénalisées de quelque façon que ce soit.

C'est dire que l'État employeur ne peut monopoliser le marché de l'emploi, mais l'apport des agences privées et de la main-d'œuvre indépendante peut être souhaitable et complémentaire.

Nous vivons dans un monde inclusif et non exclusif, complémentaire et non individualiste, car chaque type d'organisation apporte une contribution à la fonction de chacune des parties et de l'ensemble.

Autosuffisance participative en matière de personnel en santé

Le Gouvernement ne doit pas être la solution à tous les problèmes, le Gouvernement fait partie et des problèmes et des solutions, puisque nous vivons en société, nous sommes des citoyens et que nous dépendons des uns des autres pour réussir ce que nous entreprenons.

Leçons de la pandémie sur l'entraide

La pandémie nous a appris deux choses essentielles :

- La première chose : Le secteur privé, individus et entreprises, de chez nous, est venu en aide aux établissements de santé publics, entre autres en mettant au point des vaccins, mais en reprenant la production des fournitures médicales, des médicaments, qui étaient en grande partie si ce n'est en totalité produit par des pays d'ailleurs et qu'il n'y avait plus de production ni de distribution des produits dont nous étions dépendants, en permettant à ses employés d'apporter une contribution au secteur public de la Santé de la collectivité.

Nous avons appris que la dépendance envers des fournisseurs internationaux, nous mettait en situation de vulnérabilité, de carence et à la merci de toutes les spéculations et du même coup nous avons redécouvert l'importance de l'entraide et de l'autosuffisance dans tous les domaines d'activité, pas seulement alimentaires, mais aussi pour les médicaments, les fournitures médicales, de produits courants en usage dans la vie de tous les jours.

D'où aussi la montée en flèche de l'entrepreneuriat partout dans les pays du monde.

- La deuxième chose que nous avons apprise, c'est qu'il doit y avoir une convergence des acteurs sociaux, qu'il devait y avoir des partenariats, de la coentreprise (joint-venture), de la complémentarité, une concertation publique privée pour réussir les défis du siècle, en matière de population, en matière du vivre-ensemble en société, en matière de santé publique, en matière de respectons-sauvons-la-planète et l'humanité.

C'est donc dire que l'État ne réussira pas sans les entreprises privées, sans les initiatives privées, sans la mise en contribution de toutes les ressources de la société pour atteindre ses objectifs de gouvernance, particulièrement dans le domaine sociosanitaire.

La concurrence est une réalité incontournable dans les économies mixtes.⁵³

Croisée des chemins

Nous sommes à une croisée de chemins : il ne s'agit non pas seulement de quantifier la main-d'œuvre requise mais de dynamiser les RH particulièrement dans le domaine de la santé populationnelle en vue de son maintien en poste, à l'emploi, en vue de son intéressement, de son développement et en vue de son évolution en carrière au sein du réseau.

La dynamisation dans le sens de l'intégration des nouvelles générations aux soins de la population, d'une richesse et d'une symbiose de la vie et du travail, de la vie au

⁵³ Référence : « LA CONCURRENCE POUR LE MARCHÉ » publié le 6 décembre 2019. OCDE Organisation de Coopération et de Développement Économiques.

Source : [https://one.oecd.org/document/DAF/COMP/GF\(2019\)7/fr/pdf#page10](https://one.oecd.org/document/DAF/COMP/GF(2019)7/fr/pdf#page10)

travail qui ne soient pas déconnectés l'une de l'autre, de la consolidation des savoir-faire, de l'auto-transmission des connaissances, de l'autogestion des carrières et des implications responsables.

Question# 6 : Autosuffisance participative Un projet de société pour le Québec

Le Gouvernement est-il capable de faire évoluer l'opposition (idéologique) public privé, sans aller vers l'étatisation ou la privatisation, mais plutôt vers une forme de partenariat public privé ou de passation de marchés publics, de concession de monopole, s'il est de l'intention du Gouvernement-État employeur de s'approprier le marché de l'emploi dans le secteur santé et services sociaux et d'en faire un marché protégé de la main-d'œuvre des établissements de santé et de services sociaux ?

« Coopétition » : solution gagnante

Il y aurait lieu d'orienter la discussion et la recherche de solution vers la *coopétition*⁵⁴. Les services de santé et les services sociaux doivent compter sur des partenariats durables, renouvelables à valeur ajoutée et partagée et ce, autant à l'interne qu'avec les entreprises privées satellisées autour du Réseau de la Santé.

Je crois que l'autosuffisance participative peut s'organiser et transformer le Réseau de Santé en tant que milieu de travail en mesure de soutenir une main-d'œuvre fidélisée par une démarche de carrière, de formation et de satisfaction en travail d'équipe dynamisé.

⁵⁴ « Des établissements en coopétition

Pour les établissements de santé, la frontière entre concurrence et coopération s'avère bien mince. Ils s'avèrent donc en situation de coopétition, néologisme composé des termes « coopération » et « compétition », qui désigne le rapprochement d'acteurs par ailleurs concurrents. Ce concept, introduit dans les années 1990, donne aujourd'hui lieu à de nombreux travaux de recherche en management stratégique. » extrait de l'article « Les établissements de santé, entre concurrence et coopération sur les territoires » publié le 3 juillet 2018, de Anne Albert-Cromarias Enseignante-chercheuse HDR, management stratégique, Groupe ESC Clermont et Catherine Dos Santos, Professeure de Management Stratégique, Groupe ESC Clermont, The Conversation, Canada.

Source :

<https://www.bing.com/ck/a?!&&p=3485cda386493088JmltdHM9MTY4MDM5MzYwMCZpZ3VpZDQxZWFiMjZhZS1kYzUxLTUyYmMtMDImMy0zNDc0ZGRkZDYzNmQmaW5zaWQ9NTI5MQ&ptn=3&hsh=3&fclid=1eab26ae-dc51-62bc-09f3-3474ddddd636d&psq=en+Scandinavie%2c+les+%c3%a9tablissements+de+sant%c3%a9+sont-ils+priv%c3%a9s&u=a1aHR0cHM6Ly90aGVjb252ZXJzYXRpb24uY29tL2xlcY1ldGFibGlzc2VtZW50cy1kZS1zYW50ZS1lbnRyZS1jb25jdXJyZW5jZS1ldC1jb29wZXJhdGlvi1zdXltbGVzLXRlcnJpdG9pcmVzLTk4OTYy&ntb=1>

Question # 6 Réflexion sur l'autosuffisance

Mais ces « soucis » d'autosuffisance et aussi de compétition et de coopération ne sont-ils pas nés avec le constat que notre dépendance à des sources extérieures ne peut nous assurer l'accès sécuritaire aux produits de première nécessité, aux produits de santé, dont les médicaments ? Compte tenu de l'importance de la Santé, n'y a-t-il pas lieu de s'assurer de disposer en tout temps du niveau d'effectifs sécuritaire ?

Le problème est-il latent ?

Y a-t-il eu une réflexion au sujet de la manière de non pas seulement prévoir, mais prévenir une rupture de continuité de soins et de services à cause d'une soi-disant pénurie de main-d'œuvre dans les établissements de santé ?

Dans un document de travail daté de juillet 2009, le *Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (CCPSSRH)* et intitulé *Suffisamment, c'est combien? Redéfinir l'autosuffisance en personnel de santé*.

Je présente un large extrait du Résumé du document :

« Confrontés à une pénurie mondiale de personnels de santé qualifiés, les pays du monde se démènent – et souvent se font concurrence -- pour développer et maintenir un effectif de la santé stable et en nombre suffisant. Il y a de la pression sur des pays développés, comme le Canada, pour qu'ils deviennent plus autosuffisants en ressources humaines de la santé (RHS). Tel qu'il est indiqué dans le Cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne, réalisé par le Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (CCPSSRH), le gouvernement fédéral et ceux des provinces et territoires ont déterminé une plus grande autosuffisance comme l'un des principes de base de la planification efficace des ressources humaines de la santé.

*Par le passé, la détermination de l'autosuffisance se faisait presque exclusivement en fonction des chiffres, c'est-à-dire par la capacité de produire ou de recruter suffisamment de nouveaux personnels de santé chaque année pour remplacer la réduction naturelle des effectifs dans chaque groupe professionnel (retraites, roulement de personnel, migration, etc.) et de faire face à la croissance démographique. Le document *Suffisamment, c'est combien?* explore les pressions subies par le système actuel et qui entravent la démarche vers l'autosuffisance, notamment la mobilité des effectifs, les avancées de la recherche, les nouvelles technologies, les modifications du mode de prestation des soins de santé, le profil démographique des effectifs et les répercussions des décisions et des efforts stratégiques déployés pour gérer le système de soins de santé. Ce document décrit aussi un éventail de stratégies – autres que la formation d'un plus grand nombre de personnels de santé -- mises en œuvre par les gouvernements dans les diverses régions du Canada pour tendre vers l'autosuffisance, notamment en gérant la demande, en élaborant et en mettant en œuvre de nouveaux modèles de prestation et de nouveaux rôles, en offrant des programmes de formation plus flexibles, en redéfinissant le travail et en améliorant les lieux de travail.*

Suffisamment, c'est combien? met de l'avant une approche inclusive dans sa définition de l'autosuffisance à l'échelle pancanadienne, approche qui va au-delà des méthodes de planification axées sur l'offre.

L'autosuffisance en ressources humaines de la santé est la capacité d'attirer, de former, et de maintenir en poste le bon nombre et la bonne combinaison de personnels de soins de santé qui pourront œuvrer au sein des modèles de prestation de services de chaque administration et offrir dans des délais raisonnables des soins de haute qualité et sécuritaires répondant aux besoins de la population. ».

Aujourd'hui en 2023, le Gouvernement a réagi en déposant le projet de loi no 10 pour tenter de retrouver ses effectifs de santé en éliminant la concurrence des *Agences de placement*. Il s'apprête aussi à introduire d'autres mesures législatives.

Nous voilà au cœur de la problématique de pénurie de main-d'œuvre dans les établissements de santé. Tous les facteurs identifiés en 2009 sont encore plus présents aujourd'hui; je les mets en évidence :

- (L'existence de) Pénuries mondiales de personnel de la santé qualifié;
- (La présence de la) Concurrence;
- (La nécessité du) Développement et du maintien d'un effectif de santé stable et en nombre suffisant;
- (La reconnaissance que) Une plus grande autosuffisance comme l'un des principes de base de la planification efficace des Ressources Humaines en Santé (RHS);
- La quantification des effectifs ne suffit pas à comprendre et solutionner la pénurie; d'autres facteurs sont à introduire dans l'équation;
- La prise en compte des pressions et des entraves par le système de santé actuels qui sont à identifier et à atténuer;
- Mettre de l'avant une approche inclusive dans la définition de l'autosuffisance.

Conclusion

Je suis d'avis qu'il faut reconditionner le *Réseau* et le *ministère* dans en dépassant l'opposition artificielle entre le public et le privé et ainsi permettre d'explorer des dimensions inconnues et riches de promesses d'une autosuffisance participative et d'une coopétition qui n'excluent pas que l'*État entrepreneur* soit un défi politique, un défi socialement et économiquement bénéfique.

Je suis d'avis que la réussite de l'opération « Séduction » du *Gouvernement* ne peut réussir que s'il y a une réelle attraction qui va au-delà de l'augmentation de la rémunération et du reconditionnement du travail.

Aussi, le *Gouvernement* a besoin, en étudiant le nouveau paradigme des générations actuelles et le profil qui s'y dessinent en matière d'employabilité, de comprendre les raisons qui font que le secteur privé est davantage apprécié que le secteur public, s'il est de son intention de (re)devenir un employeur de choix et que les établissements publics redeviennent attractifs parce qu'ils auront compris ce qui motive désormais les chercheurs d'emplois d'aujourd'hui et de demain.

L'objectif principal du *Gouvernement* est de faire du *Réseau* un milieu attractif et offrir des emplois attractifs.

Pour réaliser toute la portée du qualificatif « attractif », il faut explorer les caractéristiques qui rencontrent les attentes des candidats, qui enrichissent la qualité de vie au travail et qui permettent aux employées de s'investir comme personne, comme collègue, comme contributeur à la qualité.

C'est dire que le milieu de la santé devienne un milieu de travail avec des emplois qui soient attrayants au point où s'engager redevient un projet de vie et accepter l'aventure du travail, relever les défis, s'y épanouir en y faisant une carrière aux développements variés et réussir sa vie et son travail et contribuer à part entière à sa réalisation personnelle, professionnelle et citoyenne.

Annexe 1 Une expérience sur le terrain

Réflexion et point de vue pratique de la gestion des RH

J'ai travaillé 46 ans dans le réseau de la santé, à un titre ou à un autre et j'ai une compréhension articulée de la problématique, des enjeux politiques et économiques, et de solutions à explorer pour régler le problème, et, éviter la gestion de crise.

Direction à donner à la GRH

D'abord, j'ai été un employé inscrit, à divers titres d'emploi, sur la liste de rappel et ce, pendant de nombreuses années.

Puis, comme cadre à la direction des ressources humaines :

- J'ai géré du personnel et j'ai administré des conventions collectives,
- J'ai négocié avec les syndicats des ententes locales dont celles sur les listes de rappel (liste de disponibilité) et
- J'ai signé des contrats avec des Agences de placement pour suppléer aux besoins de remplacement du personnel régulier absent à des postes (des unités de soins infirmiers, des services auxiliaires et des services hospitaliers) dans des établissements de santé publics (centres hospitaliers, centres d'hébergement et de soins de longue durée).

Dans ma gestion des ressources humaines, il était nécessaire d'avoir une connaissance des règles préétablies, à savoir :

- Les lois du travail,
- La loi et les règlements en matière de santé et sécurité du travail,
- La loi et les règlements des services de santé,
- Les conventions collectives des employés syndiqués avec les syndicats accrédités au sein de l'établissement,
- Les ententes locales,
- Les décisions arbitrales de griefs.

C'est dans ce cadre légal, réglementaire, conventionné et jurisprudentiel que j'ai pu optimiser la gestion des ressources humaines de façon manuelle, puis de façon automatisée avec l'aide de logiciel intégré.

Gestion Globale des RH

Cette gestion des ressources humaines globale s'est appuyée sur :

- 1- Une évaluation des besoins en personnel (les phénomènes d'attrition) et les sources de recrutement (dont les écoles de métier, les cégeps et les universités) et des stratégies d'intéressement des candidats,
- 2- Une évaluation des besoins en personnel pour combler la structure de postes à temps complet et à temps partiel avec des détentrices de postes ayant la sécurité d'emploi;
- 3- Les effectifs requis pour effectuer les remplacements des postes temporaires dépourvus de leur titulaire, pour les raisons prévues aux conventions collectives, dont les absences pour maladie ou des raisons sociales, pour des congés maternité ou des congés de paternité, pour les vacances, pour des congés sans solde, etc.
- 4- L'occurrence de surcroûts temporaires de travail prévus et imprévus;
- 5- Les autres raisons non prévues aux conventions collectives,
- 6- La compilation et l'analyse des diverses absences, occurrences, durées et prévisibilité, dont la gestion des invalidités.
- 7- L'introduction de mesures d'accommodements, de plan de carrière, de plan formation et d'habilitation interne ou école interne de préposées aux bénéficiaires;
- 8- Le recours à une gestion prévisionnelle qui va au-delà de la planification de la main-d'œuvre.

Modus vivendi Modus operandi Sententia Judex

Il existe divers mécanismes de remplacement d'absences et de recours à divers moyens prévus ou non aux conventions collectives. Ainsi,

- 1- Pour les postes temporairement dépourvu de son titulaire (PTDT), par le recours à la liste de rappel (ou liste de disponibilité).
- 2- Pour combler spécifiquement les postes temporairement dépourvus de leur titulaire (PTDT), selon les dispositions des conventions collectives, la Direction de l'établissement a eu par le recours à des salariés inscrits sur les listes de rappel, listes de disponibilité, liste de rappel et ce, selon des règles de recours et de gestion négociés entre les parties.
- 3- Pour compenser pour les absences imprévues, par le recours au temps supplémentaire régulier.
- 4- Pour toutes situations de force majeure ou urgentes, par le déplacement de personnel pour la durée d'un quart de travail.
- 5- Pour des surcroûts temporaires de travail et des travaux à durée indéterminée, par les employées inscrites sur les listes de rappel, des assignations suite à un accident de travail, par des agences externe.
- 6- Pour les postes vacants affichés et sans candidat en attente d'être comblés par un candidat de l'interne ou à la suite de du recrutement externe.

- 7- Si aucun des moyens prévus aux conventions collectives permet de remplacer l'absence, l'Employeur exerce son droit de gérance en ayant recours aux Agences privées de personnel. C'est d'ailleurs ce que l'on a vu dans la cause portée devant la Cour :

https://www.fiqsante.qc.ca/wp-content/uploads/2010/02/fiqDossierSpecial_0301_f.pdf?download=1

Agences de placement de personnel - décision importante de la Cour supérieure – Monette Barakett :

<https://na01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fmonette-barakett.com%2Fchroniques%2Fagences-de-placement-de-personnel-decision-importante-de-la-cour-superieure%2F&data=05%7C01%7C%7C4c20e10ed58e4207347608db21ae4921%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638140804648967158%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWljiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzIiLCJBTiI6IjEkaWwiLCJXVCi6Mn0%3D%7C3000%7C%7C%7C&sdata=upEx4gX%2FBZP8S9otwXZlclY97UcZB%2BO9FSieQ8Y0%2BrQ%3D&reserved=0>

MALGRÉ UN JUGEMENT RÉCENT DE LA COUR SUPÉRIEURE RELATIF AU PERSONNEL ENGAGÉ PAR L'ENTREMISE D 'UNE AGENCE, CELLE-CI PEUT ÊTRE LE VÉRITABLE EMPLOYEUR SELON LES CIRCONSTANCES

<https://monette-barakett.com/chroniques/agences-de-placement-de-personnel-decision-importante-de-la-cour-superieure/>

Décision Tribunal d'arbitrage 2014 QCTA 836 l'Employeur a contrevenu à l'article 19.01 des dispositions locales en recourant au temps supplémentaire de façon systématique pour combler les absences

Recours contre les Agences Syndicalisation

Le tribunal du travail :

<https://www.lesoleil.com/2021/07/06/le-dossier-des-agences-de-placement-dinfirmieres-ramene-au-tribunal-du-travail-14f9f150cdd91616f0982ef7dba25c38>

Cour supérieure Les Agences privées de placement gagnent une manche contre Québec : « Les Agences privées de placement en santé ont gagné mardi une manche contre le gouvernement Legault. La Cour supérieure ordonne, jusqu'au 21 mars, la suspension de l'appel d'offres visant notamment l'embauche d'infirmières et de préposés aux bénéficiaires suivant un tarif unique par corps d'emploi. » [Cour supérieure | Les agences privées de placement gagnent une manche contre Québec | La Presse](#)

- 8- Une pratique a été introduite et qui a été appliqué aux professionnelles de la santé dont les infirmières, les infirmières auxiliaires, entre autres, et qui contraint par obligation déontologique l'infirmière par exemple de faire du temps supplémentaire obligatoire (TSO).

- 9- Enfin, le recours aux Agences privées de personnel étant l'ultime recours pour remplacer des absences à des postes temporairement dépourvus de leurs titulaires (PTDT), et, aussi à des postes sans titulaire qui après avoir été affichés n'ont pas été comblés, ni par des candidats internes et ni par des candidats externes.
- 10- Il faut aussi mentionner que l'Employeur peut décider de ne pas remplacer du tout l'employée absente, de la remplacer de façon intermittente, par exemple un jour sur deux, de la remplacer partiellement 4 heures au lieu d'une journée complète de 7h25 pour une infirmière.
- Comme l'Employeur peut aussi ajouter ou non du personnel appartenant à d'autres titres d'emplois pour exécuter des tâches non-exclusives aux infirmières, comme des infirmières auxiliaires et ou des préposées aux bénéficiaires.
- 11- Il faut dire que l'Employeur utilise des bénévoles pour suppléer à certaines tâches ou activités, mais qui officiellement les bénévoles ne remplacent pas du personnel syndiqué absent détenteur de poste.

Lettres d'ententes locales annexées aux conventions collectives

Les négociations auxquelles j'ai participé en matière d'ententes locales sur la gestion des disponibilités et de la gestion des listes de rappel (aussi appelées listes de disponibilité) m'ont permis de comprendre que certains nombres de contraintes devaient être tenues en compte pour optimiser la gestion du personnel en postes et du personnel absent :

- Les postes doivent être comblés et le personnel embauché dans une perspective à long terme qui inclut la gestion de carrière, la gestion de la qualité de vie au travail, la gestion de la santé et de la sécurité du travail, la gestion de la conciliation famille-étude-travail.
- La revendication sur le long terme des syndicats a été de demander la création de postes et après évaluation des heures de remplacement la transformation de celles-ci par l'ajout d'heures à des postes à temps partiel jusqu'à et y compris la transformation de postes à temps partiel en postes en temps complet.
- Des dispositions sous forme de lettre d'entente sont partie intégrante des conventions collectives. Par exemple :

« LETTRE D'ENTENTE NO 27
RELATIVE À LA STABILITÉ DES POSTES, À LA NÉGOCIATION LOCALE
ET AU DÉPLOIEMENT DES ACTIVITÉS RÉSERVÉES PRÉVUES À LA LOI
90

CONSIDÉRANT la volonté des parties de diminuer la précarité et d'assurer une plus grande stabilité des postes pour le personnel œuvrant dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux;
CONSIDÉRANT la volonté des parties de maximiser la contribution du personnel œuvrant dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux;
CONSIDÉRANT la volonté des parties de favoriser l'utilisation des services des personnes salariées afin d'éliminer le recours à la main-d'œuvre indépendante et de limiter le temps supplémentaire;
CONSIDÉRANT la volonté des parties de dispenser des soins et services accessibles, continus, sécuritaires et de qualité à la population;
CONSIDÉRANT la nécessité de conserver le caractère attractif des postes;

Les parties conviennent de ce qui suit ... »

Source :

https://www.fsss.qc.ca/download/nego_public/nego_2015/convention_coll_FSSS_2016-2020_02-08-2016.pdf

- Comme on le voit, le préambule de cette lettre d'entente fait de « considérants » est très explicite sur les objectifs poursuivis : s'assurer d'une main-d'œuvre suffisante pour rencontrer les besoins en personnel pour exécuter les tâches, les activités, les fonctions et assumer les responsabilités qui y sont associées dans le cadre des titres d'emploi occupé au sein d'un poste prévu dans le plan des effectifs de l'établissement.

Tendance sociale en matière d'entente sur le temps du travail

Cependant, il y a une tendance depuis plusieurs années qui semble indiquer que les employés préféreraient travailler moins que 5 jours/semaine, mais sans pour autant faire plus d'heures par jour pour conserver le statut de temps complet.

Par exemple, en créant des quarts de travail de 10 heures au lieu de 7h25 par jour pour un total de 36h25/semaine; donc, 3 jours X 10h/jour= 30 h. + 1 jour de 6h25; pour un maximum d'heures par semaine prévues à la convention collective de 36h25/semaine pour une détentrice de poste à temps complet.

Conclusion

Je suis d'avis que nous sommes à un point crucial qui nous permettrait de corriger les pratiques de gestion qui ont été mises plus en évidence par la pénurie de main-d'œuvre et d'améliorer la satisfaction des infirmières, des clientèles et de la population en matière de gestion responsable et imputable du réseau de la santé.

Cette sur la base de mon expérience professionnelle que j'ai préparé le Mémoire sur la loi no 10 que je joins à mon cursus et à cette texte de réflexion.

Georges Tormen, le 10 mars 2023

Annexe 2 Mémoire Projet de loi no 10 déposée le 15
février 2023

MÉMOIRE

Sur le projet de loi no 10 déposé le 15 février 2023 à l'Assemblée nationale du
Québec

*« Loi limitant le recours aux services d'une agence de placement de personnel et à de
la main-d'œuvre indépendante dans le secteur de la santé et des services sociaux. »*

À remettre aux député(e)s membres
de la

Commission de la santé et des services sociaux

Envoyé par courriel pour dépôt dans le cadre des consultations particulières et
auditions publiques sur le projet de loi no 10

csss@assnat.qc.ca

Au soin de

Mme Stéphanie Pinault-Reid

Édifice Pamphile-Le May

1035, rue des Parlementaires, 3^e étage

Québec (Québec) G1A 1A3

Préparé par Georges Tormen, B.Sc., M.A.P.

Le 10 mars 2023

Introduction Raison d'être du projet de loi

Dans le contexte actuel et plus général de pénurie de main-d'œuvre qui affecte les divers secteurs d'activités, mais plus spécifiquement dans le contexte de la pénurie de main-d'œuvre dans le secteur de la santé et des services sociaux, le Gouvernement a choisi, d'agir en limitant le recours aux agences de placement privées et à la main-d'œuvre indépendante qui fournissent du personnel de soins aux établissements de santé.

Cette mesure serait de nature à endiguer (à freiner) à elle seule ou associée à d'autres mesures (?) la pratique des établissements d'utiliser les services contractuels des agences et d'utiliser de la main-d'œuvre indépendante, - comme le dit lui-même le ministre Christian Dubé, « *comme mode de gestion* », - pour combler les besoins de personnel dans les établissements de santé et ce, à des coûts supérieurs aux salaires et primes (fixés aux conventions collectives) versés par le Gouvernement aux infirmières salariées et syndiquées des établissements de santé publics et privés conventionnés.

Cette mesure de limitation au recours n'a pas pour effet direct de garantir ou de provoquer le retour ou la réintégration d'une partie des 2500 infirmières, entre autres, qui travaillent présentement pour des agences privées.

Agences privées, TSO et défection : même problématique

Pour éviter toutes ambiguïtés sur le processus de résolution de problème, il y a lieu de comprendre pourquoi le recours aux agences de placement et le recours à la main-d'œuvre indépendante dans le contexte présent de la pénurie de main-d'œuvre, constitue un problème et affecte les services de santé et les services sociaux.

Comment d'autres problèmes comme celui du TSO et de la défection, avec la pandémie d'infirmières, de préposées aux bénéficiaires et autres professionnelles de la santé sont venus démobiliser une certaine partie des effectifs et rendre la carrière dans le réseau moins attractive et ont affecté la capacité des établissements à maintenir en poste des effectifs nécessaires et suffisants, compétents, motivés et disponibles.

En faisant appel aux lois, aux conventions collectives et aux pratiques, aux expériences et à la connaissance des structures et des modes de gestion, il est possible d'apporter un éclairage plus complet et dénouer l'enchevêtrement des problèmes actuels.

Il y a lieu de poser les bonnes hypothèses et vérifier que leur déploiement dans la réalité produit les effets et conséquences désirés.

Chaîne causale pour comprendre et éviter le pire et l'indésirable

Il nous vient à l'esprit l'image de la tricoteuse qui démêle un enchevêtrement de fils dont elle entend en faire une belle œuvre utile, avec le temps et la détermination, et, cette autre expression qui dit qu'il faut éviter que le remède soit pire que le mal.

Je vous propose la chaîne de déductions sur les causes et les effets suivants :

Si, en premier lieu, il y a **limitation du recours aux agences et recours à la main-d'œuvre indépendante**, il s'ensuit que :

- Il y a ↓ diminution du nombre de personnes des agences à venir « faire des heures » (de travail) dans les établissements et, par conséquent,
- Il y a ↑ augmentation du nombre d'heures d'absences qui ne seront pas remplacées,
- Il y a ↑ augmentation du risque que les services et les soins requis ne soient pas prodigués aux patients, ou le soient mais partiellement.

Et

Si, de plus, s'ajoute à cette première mesure, **l'abolition du temps supplémentaire obligatoire (TSO)**, il s'ensuit que :

- Il y a ↓ diminution du personnel qui était obligé d'effectuer ce travail forcé,
- Il y a ↑ augmentation du nombre d'heures de remplacement qui seront non couvertes, alors qu'elles étaient effectuées par le personnel régulier de l'établissement et de nombreux quarts de travail seront à découvert,
- Il y a ↑ augmentation du risque que les services et les soins requis ne soient pas prodigués aux patients.

ALORS, force est de reconnaître que le Gouvernement et les établissements de santé ne peuvent mettre fin ni au recours aux agences ni au TSO aux risques de :

- ↑ Augmenter la surcharge du personnel en poste;
- ↓ Dégrader davantage les conditions de travail et le climat de travail actuels,
- ↑ Augmenter l'absentéisme pour cause d'invalidité,
- ↑ Augmenter la défection,
- ↓ Affecter la continuité et la qualité de services et de soins et, à la limite,
- ↑ provoquer des bris de soins et de services,
- ↑ Augmenter les temps d'attente.

Or, dans le cadre de l'organisation du travail (OT) actuelle, les établissements de santé avec les effectifs de soins en poste ne pourront pas combler les besoins de remplacement.

Le Gouvernement a annoncé vouloir entreprendre avec les syndicats des discussions sur l'organisation du travail.

Ces discussions ne pourront trouver, de façon ni immédiate ni à court terme, des solutions aux problèmes de gestion des postes, des conditions de travail, du recrutement de personnel, de l'assiduité et de l'absentéisme, ainsi que la gestion des remplacements.

Il est évident que des discussions patronales syndicales sur une **révision de l'organisation du travail** obligeront les parties à ouvrir et renégocier certaines dispositions des conventions collectives; les négociations seront longues et ne pourront pas aboutir à combler rapidement les besoins de remplacement.

IMPORTANT!

Le Gouvernement n'a pas d'autres choix que de ménager la chèvre et le chou, c'est-à-dire éviter le bras de fer juridique avec les Agences; il devra continuer à recourir aux Agences privées et à la main-d'œuvre indépendante, sous certaines conditions (à négocier) tout en limitant les coûts, et, parallèlement entreprendre des discussions patronales syndicales sur une révision de l'organisation du travail global et sur l'introduction progressive des solutions négociées et priorisées.

Au cours des dernières décennies, il y a eu de nombreuses discussions patronales syndicales sur l'organisation du travail qui n'ont pas permis de trouver des solutions permanentes. Les succès particuliers n'ont pas été étendus à l'ensemble des établissements, à cause de réticences et/ou de conditions locales.

La dernière restructuration du réseau et des établissements de santé ont eu des impacts sur la gestion notamment des ressources humaines et ont alourdi les modes de fonctionnement.

Il y aurait lieu non pas de démanteler la structure organisationnelle actuelle, mais de corriger les faiblesses constatées; ce constat demande une réflexion, une révision et des améliorations tant aux niveaux de :

- **L'organisation du travail** afin de créer une coalition d'intérêts et d'efforts à la prestation des soins et des services;
- **La délocalisation et le déploiement de la gouvernance**, par la constitution d'une instance de gouvernance **locale** (autrefois le conseil d'administration) dans chaque établissement physique.

- **La ligne hiérarchique** par la nomination, de chefs cadres de proximité en mesure de supporter administrativement les équipes de travail, de gérer les listes de rappel locales en coordination avec les autres centrales de remplacement;
- **La révision de la technostucture** des CIUSSS et CISSS dans ses structures internes, ses effectifs et ses pratiques administratives.
- **La pertinence et l'évaluation de la productivité du support logistique** des services connexes;
- **L'identification des cultures d'établissement** résistantes à l'efficacité et à l'efficience de l'ensemble et les rapports de force interne entre différents groupes et la révision de l'impartition des décisions à des consultants externes qui déresponsabilisent les directions et cadres en place.

Causes externes et internes de la pénurie de main-d'œuvre dans le réseau de la santé

Il y a lieu de tenir compte des impacts des bouleversements et des ajustements des marchés dans tous les secteurs d'activités de la société et ce, à travers le monde et dans le cadre de la mondialisation des marchés, des impacts et des effets déstructurants de la pandémie de Covid-19 sur le fonctionnement des entreprises de production et de distribution, sur l'organisation du travail et la création de nouvelles opportunités d'emplois et sur la sur-sollicitation des services hospitaliers, et la surcharge quasi permanente de travail auxquelles s'ajoutent d'autres causes et leurs impacts comme :

- Le vieillissement de la population et,
- Le départ à la retraite des baby-boomers,
- Un taux de natalité en baisse,
- Le virage numérique des entreprises, dont l'expansion du télétravail et la dévalorisation du travail en établissement,
- La pénibilité du travail et des conditions de travail spécifiques à chaque emploi, à chaque entreprise et à chaque industrie;

Pour expliquer les problèmes de production, d'approvisionnement, d'augmentation de coûts, les entreprises dans de nombreux secteurs d'activités économiques blâment, mettent en cause, si l'on préfère, le travail plus que le capital, dont particulièrement la pénurie de main-d'œuvre.

Les causes internes de la pénurie de main-d'œuvre dans les établissements de santé se caractérisent par :

1. Le désintéressement des salariés de poursuivre dans le poste occupé :
2.
 - a. À cause de la précarité de l'emploi lui-même,
 - b. Aussi à cause de la pénibilité du travail et la pauvreté des conditions de travail,

- c. Par suite de la création de nouveaux postes dans d'autres secteurs d'activité, représentant autant d'opportunités,
- d. Par suite de la décision de certains employés d'entreprendre une nouvelle carrière,
- e. Par suite de l'opportunité de créer sa propre entreprise et donc son propre emploi.

3. Ce désintéressement ferait suite :

- a. Aux détériorations des conditions de travail en santé,
- b. À l'obligation de faire du temps supplémentaire,
- c. Aux salaires et primes insuffisants pour être compétitifs avec ce qui se fait ailleurs et avec les nouveaux emplois disponibles,
- d. À la concurrence d'autres secteurs économiques qui offrent une rémunération plus intéressante, des conditions de travail plus souples, et, des avantages sociaux supérieurs,
- e. À cause de la concurrence des Agences elle-même; ces dernières offrent aux employés des services de santé la possibilité de travailler dans la santé, mais sans les contraintes des employés syndiqués des établissements de santé.

Les établissements de santé publics et privés sont donc doublement en compétition avec d'autres secteurs d'activités économiques, d'une part et d'autre part, ils sont aussi fortement en concurrence avec les agences privées (dites aussi « indépendantes ») de placement de personnel qui desservent le secteur de la santé et des services sociaux.

Les conséquences sont que les établissements de santé publics et aussi privés sont aux prises avec :

- Des démissions consécutives à la décision des infirmières en poste d'abandonner la profession d'infirmière,
- Des réductions de disponibilités de travail, soit par l'abandon de leur poste à temps complet, soit par la réduction de la disponibilité exprimée.

Il y a eu dans le passé un consensus patronal syndical de convertir les heures de remplacements soit en augmentant les heures des postes à temps partiel et les transformer au besoin en poste en temps complet.

Mais aujourd'hui, cette stratégie ne fonctionne plus aussi bien pour stabiliser la structure de postes, car les employées préfèrent désormais des postes à temps partiel réguliers, à raison de 3 ou 4 jours par semaine.

Planification de la MDO et gestion prévisionnelle

De toute évidence la planification de la main-d'œuvre et la gestion prévisionnelle des ressources humaines (GPMO) depuis plusieurs années n'ont pas fonctionné,

telles qu'elles sont pratiquées, dans le réseau de la santé, au ministère de la Santé, au ministère de l'Éducation des gouvernements précédents et actuels.

La planification de la main-d'œuvre, c'est une démarche qui, selon le Gouvernement du Québec lui-même, permet de déterminer les besoins qualitatifs et quantitatifs des ressources humaines requises et de prévoir des plans d'action à mettre en place pour gérer les écarts relevés et s'assurer d'avoir le personnel suffisant pour offrir les services et les soins requis.

Une GPMO responsable et proactive aurait tenu compte de l'évolution des contextes et aurait pu trouver des moyens pour les inadéquations et s'adapter à la réalité; le tout réalisé dans la continuité de services, l'amélioration de l'OT et du travail lui-même et dans la mise en place des éléments en vue de la continuité de carrière des infirmières et des cadres de proximité.

Je suis réaliste en disant que le problème du recours **intensif, abusif et chronique** aux Agences de placement, à la main-d'œuvre indépendante et au TSO provient du fait qu'il y a eu du laxisme et un manque de volonté ferme de recruter, d'afficher, d'aménager des postes dans une organisation de travail qui reflète les aspirations personnelles, sociales, économiques et sanitaires de la population et tient compte des bouleversements engendrés par la globalisation et la désorganisation des marchés.

Gestion des remplacements dans le contexte des conventions collectives

Il faut reconnaître que les dispositions et les mesures négociées dans les conventions collectives n'ont pas non plus produit les effets escomptés qui concernent :

- Le nombre de postes requis et l'établissement et le respect de ratios patients/heures soins adéquats;
- Le régime de salaires et de primes;
- Les horaires de travail, incluant la distribution et la prise des congés annuels (vacances);
- L'aménagement du temps de travail et la conciliation travail-étude-famille;
- La gestion des absences-invalidités et de l'assiduité;
- Les dispositions des conventions collectives en matière de liste de rappel et d'expression des disponibilités;
- La création d'équipe volante composée de poste à temps complet et à temps partiel qui effectue les remplacements avant les salariés des listes de rappel;
- La gestion de la qualité de vie au travail et la gestion participative de l'organisation du travail.

En fait, les mesures d'exception que sont le temps supplémentaire obligatoire (TSO) et le recours aux Agences de placement et à la main-d'œuvre indépendante ont été

détournées de leur fin spécifique et ont été utilisées tout bonnement comme des outils adéquats de gestion des remplacements et ont servis :

- 1- À combler une absence de titulaire dans des postes vacants qui n'ont pas été comblés, à la suite de l'affichage à l'interne et,
- 2- À remplacer dans des postes temporairement dépourvus de leurs titulaires, selon les causes d'absence prévues à la convention collective de travail.

Absentéisme du personnel et vacances de postes

L'augmentation des absences pour cause d'invalidité (surmenage, épuisement professionnel, accidents du travail, maladies) a un impact considérable sur la capacité limitée de remplacement des établissements, compte tenu de la baisse de disponibilité des employées détentrices d'un poste à temps partiel et des employées inscrites sur la liste de rappel (dite aussi liste de disponibilité).

Ces niveaux élevés d'absentéisme intensifient le besoin de personnel de remplacement et ajoutent aux conséquences de la pénurie de main-d'œuvre.

À nouveau, je rappelle que pendant des années des postes sont restés vacants et ont été comblés par les employées inscrites sur les listes de rappel (aussi appelées listes de disponibilité) et par les employées des Agences privées.

IMPORTANT!

La nouvelle génération de travailleurs et travailleuses ne se contente plus d'avoir un emploi permanent, d'accumuler de l'ancienneté, de l'assurance-invalidité et une bonne pension additionnelle, des congés payés et des vacances.

Elle recherche davantage:

- La qualité de vie au travail,
- Des emplois mieux payés,
- Des conditions de travail améliorées dont des horaires de travail allégés et souples,
- Des avantages sociaux additionnels,
- Des vacances (congés annuels) selon leur choix et préférences,
- De la formation continue d'appoint,
- Un plan de carrière évolutif.

IMPORTANT!

Comme les établissements de santé publics, particulièrement, sont en panne d'idées, de projets, de plans fonctionnels et de solutions, et, sont aussi en situation de demandeur devant la « rareté » de personnel intéressé à venir travailler pour le Réseau, cette situation a été l'occasion et l'opportunité d'affaires pour les Agences privées de placement de personnel d'ajuster leur offre à la hausse et d'entrer en

concurrence avec les établissements de santé en matière de recrutement, de conditions de travail et de rémunération en offrant ce que le Réseau ne peut offrir aux infirmières.

Concrètement ou autrement dit, les Agences de placement ont augmenté leurs coûts demandés aux établissements de santé pour pouvoir payer aux nouvelles infirmières recrutées par elles des salaires et primes bonifiés et des avantages sociaux additionnels.

C'est donc dire que les établissements publics paient plus cher pour ravoir leurs ex-employées à nouveau, mais à titre de remplaçantes, alors que les établissements de santé sont dans l'incapacité de les garder sur la liste des employées de l'établissement.

J'insiste sur le fait que les Agences privées de placement accueillent le personnel démissionnaire des établissements de santé (nouveaux employés de l'Agence) en leur offrant des horaires de travail sur mesure, dans le respect des disponibilités et autres conditions formulées par l'infirmière. Je rappelle que les infirmières des Agences ne sont pas syndiquées et donc, ne sont pas soumises à une convention collective.

IMPORTANT!

Il y a lieu de penser que toutes les autres situations ou conditions de travail (tels que travailler le soir, la nuit, les fins de semaine, les congés fériés, dans des régions éloignées, dans tel type d'établissement, dans tel unités de soins ou services, avec des patients d'un certain profil, etc.) incombent en grande partie au personnel régulier des établissements.

Ce qui enlève de l'attrait et alourdit le portrait des conditions de travail et alourdit la charge de travail des infirmières syndiquées du réseau.

Comparaison Infirmières syndiquées des établissements de santé et infirmières des Agences de placement

Pour mieux comprendre, cet écart de conditions, comparons une infirmière syndiquée (elle paie une cotisation syndicale et ses conditions de travail sont régis par la convention collective) qui est détentricice d'un poste dans l'établissement de santé et l'infirmière de l'agence privée (« indépendante ») qui travaillent côte à côte.

L'infirmière salariée syndiquée d'un établissement de santé	L'infirmière salariée non syndiquée de l'Agence de personnel privée de placement
Elle reçoit le salaire et les primes prévus à la convention collective; Selon l'échelle de salaires, le même pour toutes les infirmières.	Elle reçoit un salaire et des primes supérieurs que l'infirmière syndiquée; Coût d'une infirmière pour le même nombre d'heures fournit par l'Agence est supérieur : auxquels s'ajoutent sur la facture : lefrais administratif, la marge de profit, etc.)
Elle paie une cotisation syndicale et a des droits et des obligations au terme de la convention collective.	Elle ne paie pas de cotisation syndicale et n'a aucune obligation aux termes de la convention collective parce qu'elle n'est pas une salariée syndiquée.
Elle travaille dans une unité de soins ou un service qu'elle connaît, physiquement et dont elle connaît les autres membres du personnel, les pratiques, les usages, les équipements et leur emplacement.	Elle travaille dans une unité de soins sans en être familière. Ce qui réduit son efficience et son efficacité.
Elle est titulaire d'un poste régulier à temps complet ou à temps partiel, dans une unité de soins, sur le quart de travail de son poste, aux heures établies aux horaires. Ce poste a été obtenu en faisant valoir son ancienneté.	Elle n'est pas titulaire de poste et elle n'est pas contrainte en termes d'unité, de quart de travail; l'ancienneté n'est pas un critère d'octroi.
Elle peut être réprimandée si son travail ne respecte pas les attentes de son supérieur immédiat et peut déposer un grief.	Elle ne peut pas être réprimandée en vertu des obligations prévues à la convention collective; mais elle peut être rapportée par la Direction de l'établissement auprès de l'Agence de placement ou à l'OIIQ. Elle peut être réaffectée par l'Agence dans un autre établissement de santé, si elle ne fait pas l'affaire dans un établissement où elle a été demandée à faire un remplacement. Elle est rarement sujette à un suivi disciplinaire à l'OIIQ ; (cette affirmation est à confirmer).
Elle est obligée de respecter les horaires de travail et travailler en alternance les fins de semaine, et	Elle n'est pas obligée de travailler en alternance les fins de semaine, elle choisit ses vacances et ses congés

prendre ses vacances, selon son ancienneté.	fériés et en informe l'Agence de son disponibilité.
Elle doit s'occuper du type de patients qu'elle n'a pas choisi et qui requiert toute son attention, pour laquelle elle a été formée.	Elle possède la prérogative de travailler uniquement en fonction de SES choix, SES préférences et SA disponibilité.
Elle connaît le profil de son patient et tient compte de ses besoins personnels, de ses habitudes, de ses limitations, de son plan de soins personnalisé et continu.	Elle ne connaît pas le patient à qui elle va dispenser des soins, elle ne connaît pas l'organisation de soins, ni les particularités de l'organisation du travail et des équipements. Elle est donc moins productive, constitue un fardeau pour le reste de l'équipe en poste, et, fait le minimum de ce qui est attendu d'une infirmière.
Elle consigne minutieusement l'évolution de sa santé de son patient et de ses réactions pour le suivi médical et infirmier.	Elle exécute minimalement son travail puisqu'elle n'en connaît pas toutes les particularités et compte tenu de la charge de travail importante. Ses notes d'observation manquent de rigueur et de pertinence en regard de sa méconnaissance du patient qu'elle connaît peu ou pas du tout.
Il ne faut pas oublier qu'en présence d'une infirmière de l'Agence, c'est le personnel régulier de l'établissement en poste sur l'unité qui doit voir à la « familiarisation » de l'infirmière de l'Agence.	Elle se présente à l'assignation que lui a été signifiée, échange des informations pratique sur les besoins de l'heure et entreprend sa tournée et a besoin de s'informer auprès des autres de l'équipe.
Elle peut bénéficier au besoin de formation d'appoint donnée par l'Employeur.	Le mécanisme de contrôle des compétences et des besoins de mises en jour en matière de formation ne sont pas de la responsabilité de l'Agence de placement.
Elle doit se présenter à son poste et exécuter le plan de travail et faire les suivis requis.	Elle peut demander à l'Agence d'être assignée ailleurs pour quelque raison que ce soit (n'aime pas l'équipe, n'aime pas les patients, soins trop complexes, surcharge de travail pour elle-même, établissements trop éloignés, etc.);

	Elle peut décider à la dernière minute de ne pas être disponible; Elle n'aura pas à faire de suivi le jour suivant, si son remplacement est changeant.
L'infirmière qui se déclare absente pour maladie se doit de se justifier médicalement et peut être contrôlée par l'Employeur.	L'infirmière de l'Agence qui se déclare malade n'a pas de justification à fournir et n'est pas soumise à aucun contrôle de la part de l'établissement.
Le travail d'équipe est une nécessité en termes de planification des interventions et constitue un rempart pour affronter les difficultés en groupe.	L'infirmière de l'Agence se contente d'intervenir en comblant au minimum le travail qui lui est demandé à défaut de s'intégrer dans les équipes de travail en place.

Quantité et qualité des effectifs en postes et des Agences

On est en 2021,

Or, « il n'y a jamais eu autant d'infirmières au Québec », dit Luc Mathieu, président de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Elles sont 80 500 inscrites au tableau de l'Ordre, mais encore faut-il les retenir, ajoute-t-il.

Caroline Larue, professeure titulaire et directrice du Centre d'innovation en formation infirmière de l'Université de Montréal, estime elle aussi que le nombre de personnes inscrites dans les programmes menant à la profession n'est pas en cause.

On en forme, des infirmières. Le problème est plus dans le fait que les infirmières n'éprouvent pas de plaisir au travail. Elles vont ailleurs : soit elles vont dans les Agences, soit elles font du demi-temps, ou elles se réorientent après quelques années.

Caroline Larue, professeure titulaire et directrice du Centre d'innovation en formation infirmière de l'Université de Montréal.

Qui plus est, dit-elle, les infirmières sont sous-utilisées par rapport à leurs compétences.

« C'est une source de démotivation quand tu ne peux pas faire d'examen physique, si tu ne peux pas ausculter des poumons parce que dans ton milieu, ça ne paraît pas bien. Les infirmières sont tirées vers le bas plutôt que vers le haut », estime la directrice du Centre d'innovation en formation infirmière. »

Source : « Pénurie d’infirmières dans le réseau Une question de formation ou de rétention? Article de Marie-Eve Morasse, publié dans La Presse, le 9 septembre 2021 .

Je suis certain que le grand nombre d’infirmières et autres catégories d’employées qui travaillent pour les Agences de placement et qui sont « louées » aux établissements de santé sont des employées consciencieuses, compétentes et respectueuses des personnes qu’elles soignent.

Mais au lieu d’attendre que des changements qui ne viennent pas dans le réseau public, alors en l’absence d’un statut *révisé*, d’une organisation du travail qui évite la surcharge de travail et le TSO, elles ont choisi de travailler pour les Agences et ainsi se donner des conditions de travail *améliorées* et pour une meilleure rémunération.

Dans le réseau, des conditions de travail détériorées et une durée de travail qui sont de plus en plus incompatibles avec leurs attentes en matière de mode de vie changent leur perception de la profession et de la carrière d’infirmière dans Réseau de santé public,

Dorénavant et ce plus en plus, elles préfèrent travailler pour les Agences.

Elles ont des raisons personnelles, familiales et sociales pour préférer la liberté (le libre choix) que leur offrent les Agences de placement privées, car elles ne sont plus prêtes à accepter d’occuper un poste régulier dans le réseau, en termes de contraintes d’horaire de travail, de quart de travail, de durée et de surcharge de travail, de prise de vacances, de type de patients à soigner, etc.

IMPORTANT!

On pourrait donc présumer que l’image publique de la profession, la profession elle-même, la dégradation du statut, du rôle de l’infirmière, le mal-être des personnes qui sont infirmières, les conditions de travail (en termes de surcharge, de TSO, le sous-effectif requis) affectent l’attraction, en regard à la profession, et affecte désormais, la rétention, la fidélisation et la continuation de la carrière en établissement de santé.

Infirmière : une vocation, un métier, une technique, une profession

On a longtemps entretenu l’idée qu’être infirmière était une vocation, puis il a bien fallu que le Gouvernement reconnaisse que d’être une infirmière est une profession; c’était en 1963.

Il suffit de se rappeler que :

« À l'époque, la loi sur l'assurance hospitalisation vient d'entrer en vigueur (1961). Mais l'hôpital Sainte-Justine continuait à être géré comme « une œuvre de charité », rétribuant ses infirmières moins de 70 \$ par mois. Au même moment, la fréquentation de l'hôpital atteint des sommets inégalés, les médecins refusant en outre de réduire le nombre de lits occupés. Les infirmières, débordées et constamment appelées à faire des heures supplémentaires, ne suffisent plus à la tâche. « Les patients étaient des enfants fragiles et demandaient beaucoup de surveillance. Les infirmières étaient inquiètes. Elles se disaient que s'il arrivait un malheur, elles allaient être blâmées », soutient Madeleine Morgan. »

Source : Le Devoir, article de Etienne Plamondon Emond, le 28 octobre 2013,

Il est assez étonnant de voir à nouveau la profession d'infirmière être tiraillée entre la vocation et le métier :

Vocation ← Profession → Métier

Du côté vocation, on invoque un choix de vie, une passion, un dévouement qui confine à la charité, on exerce et met en action le plan clinique des patients dont on est responsable, et, du côté métier on invoque les tâches manuelles et concrètes, l'application de techniques et des interventions physiques et des tâches concrètes.

Trop souvent les infirmières et infirmiers du Québec sont perçues comme des « bras ». Pourtant, ces professionnels autonomes, dotés d'un jugement clinique et d'une expertise distincte, contribuent à améliorer le système de santé.

Source : <https://www.oiq.org/l-ordre/plus-que-des-bras>

La profession des corporations professionnelles aujourd'hui définit un statut social et regroupe les personnes qui ont réussi les études qui y mènent et qui sont désormais membres de la corporation et dont la pratique, les actes appartiennent à un champ d'exercices et activités réservés.

J'ajouterai que leurs habiletés et leurs connaissances vont au-delà de la maîtrise des techniques infirmières. La compétence infirmière met en jeu un savoir, un savoir-être, et un savoir-faire auprès des patients dans un contexte de travail d'équipe au sein d'un établissement de santé. Elles exercent entre autres des fonctions lui permettant de planifier, organiser et évaluer ses interventions.

Ce qu'il faut comprendre et réaliser c'est qu'à l'heure actuelle l'exercice de la profession d'infirmière se fait dans des conditions qui ne favorisent pas l'atteinte des objectifs de sa raison d'être, de sa contribution et de ses interventions.

Ce mal-être vient des tensions qui s'exercent sur elle :

<u>Vocation</u>		<u>Profession</u>		<u>Métier</u>
Sentiment de culpabilité	}	Blâmes déontologiques	}	Surcharge
Sentiment d'impuissance		Menaces de poursuites disciplinaires		TSO
Sentiment de dévalorisation		Stress – dépréciation- démotivation		Travail en équipe déficiente dans le présent contexte

Selon la FIQ, les conditions qui caractérisent l'environnement et le contexte de pratique sont :

- Une gestion désincarnée;
- Un soutien clinique déficient;
- Un contexte défavorable à l'exercice infirmier;
- Un retard technologique et scientifique à combler de façon urgente.

C'est entre autres ce qu'expose le « Rapport des commissaires sur les états généraux de la profession infirmière 2021 intitulé Reconnaître et transformer la pratique infirmière au Québec Un changement porteur d'avenir » .

Les 31 recommandations qui concluent le rapport sont de nature à consolider le rôle de l'infirmier et à s'assurer d'attirer, de recruter, de retenir et de permettre aux infirmières de gérer leur profession et leur carrière au sein du réseau public, d'atteindre leurs objectifs personnels et professionnels et d'exercer leur profession en établissement de santé public de façon engagée.

Disons de plus que si un grand nombre d'entre elles retournent encore au chevet des patients dans les établissements de santé publics, c'est qu'elles ont à cœur le soin de la personne malade (que cette dernière soit une patiente, une résidente ou une cliente).

Les journaux nous rapportent qu'il s'agit d'environ 2500 infirmières dont une grande partie a quitté leur poste pour être engagées par les Agences privées et revenir travailler dans les établissements du secteur de la santé et des services sociaux pour exécuter un travail qui ne peut atteindre, pour les raisons que j'ai exposé, les niveaux de prestations du personnel régulier puisque somme toute ses remplaçantes sont là pour combler par leur présence une absence, alors qu'elles n'ont pas la connaissance des soins personnalisés requis par le patient, puisqu'il

s'agit de remplacement fait dans des conditions minimales de connaissance, de suivi et d'attention.

Des montants d'argent en jeu énormes

IMPORTANT!

Plusieurs acteurs sociaux en ont brossé un tableau inquiétant des coûts engendrés par cet état de choses : ces dépenses auraient pu servir à des investissements profitables pour améliorer les conditions de travail des infirmières, des autres employés et celles des cadres et l'aménagement des milieux de soins.

Conclusion

On a vu que si l'infirmière est une employée salariée syndiquée de l'établissement de santé ou si elle a quitté son poste et y retourne comme employée de l'Agence de placement, dans ce dernier cas ce statut (d'employée de l'Agence non-syndiquée) lui donne des privilèges, des conditions de travail et de rémunération améliorées par rapport à l'infirmière employée de l'établissement, pour une prestation de travail minimale et aussi une prise de responsabilité minimale.

En ce sens, l'infirmière de l'établissement de santé et l'infirmière de l'Agence qui auraient les mêmes qualifications, les mêmes formations, les mêmes compétences, le même nombre d'années d'expérience, et dans le même cadre de travail et ayant les mêmes patients à prendre soin, reçoivent des rémunérations différentes, alors que l'une est assujettie à des conditions de travail prévues à la convention et qui lui créent des obligations, alors que l'autre pst son contrat avec l'Agence de placement lui donne un salaire et des primes supérieurs et des avantages au niveau du choix des assignations, sans autres obligations.

Cette fois-ci ce n'est plus l'employée syndiquée, mais la personne non-syndiquée qui est avantagée. Ces deux infirmières ont donc un statut, un traitement et des conditions de travail différents, voire inégaux.

IMPORTANT!

Cette situation apparaît contraire aux normes qui règlent et balisent l'activité du travail, qui assurent la qualité de la prestation de travail, plus spécifiquement la prestation de soins.

Cette situation ne va pas dans le sens du respect de la profession d'infirmière, ni à long terme des intérêts des travailleuses elles-mêmes, ni des directions d'établissement, ni de la population à recevoir des soins en quantité et en qualité suffisantes et dans des conditions de travail adéquates.

En d'autres termes, il y va du respect des normes sociales de travail admissibles au Québec.

Il n'est donc pas étonnant de voir les tensions se multiplier et monter d'un cran et de devoir rappeler à tout le monde que toutes formes de violence verbales et psychologiques ne sont pas admissibles dans les échanges et dans les prestations de soins et de services.

De plus, la situation de la santé actuelle est perçue pour les infirmières du réseau, les patients et la population en général, comme une situation qui confine au manque de dignité et ne répond pas aux principes de morale, de bienséance et de justice du Québec.

C'est toute la population du Québec qui en pâtit.

C'est la responsabilité et l'imputabilité des élus politiques, celles des corporations et ordres professionnels, celles des syndicats, celles des gestionnaires d'établissements que l'on doit questionner.

Il en découle une perte de respectabilité, une perte de convivialité, une perte de sociabilité, une perte de responsabilisation et d'imputabilité.

Cet état de choses critique, *crisique* ne contribue pas à créer des conditions de travail équitables et égales et de ce fait génère des pertes de productivité et une perte d'efficacité économique, administrative, sociale et sanitaire.

J'ajoute qu'il y a dégradation de l'image public et de la confiance de la population.

Cet état de choses ne contribue ni à la continuité ni à l'amélioration de la qualité du soin et du service et elle est inutilement coûteuse, car elle maintient les organisations dans un état sous-optimal.

De plus, les mesures en place actuellement ne sont pas une solution adéquate, que l'on ne peut pas non plus qualifier de provisoire puisqu'elle perdure depuis des années et produit des effets cumulatifs néfastes sur le personnel en place, les futures candidates à la profession d'infirmières et les autres catégories d'employés en santé et ultimement sur les patients et la population en général.

En fait, le projet de loi no 10 propose une mesure considérée comme une solution temporaire, dont le fondement est incertain et insatisfaisante, en termes de planification de la main-d'œuvre et de gestion prévisionnelle des ressources humaines, en y incluant la gestion de carrière des infirmières.

Il ne peut y avoir dans un même établissement public, deux types de conditions d'emploi pour un même titre d'emploi, une même profession: les infirmières syndiquées d'un bord qui doivent respecter les conditions de rémunération et de travail négociées par le syndicat, et, de l'autre bord les infirmières non syndiquées ayant de meilleures conditions de rémunération et de travail pour une même assignation du travail.

Une à qui on demande plus que le maximum sous peine de sanctions et l'autre qui fournit le minimum requis dans le cadre de son remplacement!

IMPORTANT!

Il y a une façon de résoudre cette situation et éviter d'entretenir une forme de discrimination entre l'infirmière de l'établissement et l'infirmière de l'Agence : c'est de faire en sorte que dans l'établissement, l'infirmière de l'agence devienne une infirmière d'établissement!

Que dans un milieu de travail, un même établissement et dans le réseau public et privé, toutes les infirmières détiennent le même statut, ont les mêmes responsabilités et les mêmes conditions de travail et de rémunération et une gestion intégrale de carrière.

Les établissements de santé publics et aussi privés qui ont recours aux agences payent les Agences des montants impressionnants, c'est-à-dire supérieurs aux salaires et primes prévus aux conventions collectives. Cet argent payé aux Agences ne servira pas à mettre en place des solutions permanentes du réseau de la santé. Cet argent est l'argent de la dépendance des établissements publics aux ressources externes, indépendantes et privées.

Il suffit de prendre connaissance de la divulgation des montants payés par les établissements de santé publics qui ont été publiés dans les journaux pour en connaître l'importance.

Quant aux établissements privés, leurs propriétaires n'ont pas d'autres choix que de recourir au marché libre; cependant, il y a lieu d'en changer les règles pour en assurer la rentabilité et le respect des ententes des établissements ayant un statut de privés conventionnés et les établissements privés qui opèrent aussi dans un cadre législatif et réglementaire.

Recommandations

1. Continuer de recourir aux Agences privées et à la main-d'œuvre indépendante, mais sous certaines conditions à négocier et tout en limitant les coûts. Le Gouvernement n'a pas d'autres choix que de ménager la chèvre et le chou, car la situation présente rend nécessaire et inévitable de maintenir ses liens d'affaires avec les Agences.
2. Éviter de s'engager dans des luttes juridiques contre les Agences.

3. Créer un comité permanent de travail patronal-syndical-et-autres partenaires pour étudier la problématique, trouver des solutions et faire le suivi des plans de mesures à mettre en œuvre.
4. Non pas démanteler la structure organisationnelle actuelle des services de santé et des services sociaux, mais renforcer les faiblesses constatées; ce constat demande une réflexion, une révision et des améliorations en mode continu à divers niveaux.
5. En matière d'organisation du travail, créer une coalition d'intérêts et d'efforts à la dispensation des soins et des services et entreprendre en mode accéléré et continu des discussions patronales syndicales sur une révision de l'organisation du travail global et introduire progressivement les solutions négociées.
6. En matière de ligne hiérarchique, responsabiliser chaque direction d'établissement, en tant qu'entité physique.
7. Envisager de reformer des conseils d'administration ou de créer une instance de gouvernance au niveau local, i.e. dans chaque établissement physique.
8. Nommer des chefs cadres en mesure de supporter administrativement les équipes de travail, de gérer sur place le temps de travail l'absentéisme et l'assiduité, de gérer sur place les besoins de remplacement.
9. Réviser les structures internes, les effectifs et les pratiques administratives de la technostucture des CIUSSS et CISSS;
10. Repenser le support logistique des services connexes;
11. S'interroger sur les cultures d'établissements qui résistent à l'efficacité et à l'efficience de l'ensemble.
12. Réviser les plans de planification de la main-d'œuvre et les modes de gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre des CISSS, des CIUSSS et du ministère de la Santé en relation avec le ministère de l'Éducation.
13. Inclure la gestion des carrières des infirmières dans le cadre des plans d'action en matière d'attraction, de recrutement, de maintien et de rétention des infirmières des établissements de santé.
14. Décentraliser la gestion des listes de rappel et créer un mode de gestion de réseau local.
15. Réviser le projet de loi no 10 pour y inclure les recommandations proposées de 1 à 14 du présent Mémoire.

Annexe 3 Plan de transition préparé le 14 et 15 mars 2023

Complément

C'est le deuxième document que j'ai envoyé à la Commission.

Il s'intitule : « Un plan de transition pour atteindre L'autosuffisance en RH Dans les établissements de santé Comprendre et éviter le pire et l'indésirable Pour la dynamisation des RH ». Il a été présenté aux membres de la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre de l'étude du projet de loi no 10 Document produit en complément au Mémoire déposé et préparé par Georges Tormen, les 14-15 mars 2023.

Introduction Pour des questions, des constatations et des explications

La surréalité des agences de placement et de la MDOI dans le réseau de la Santé au Québec dans le Réseau de santé à la recherche d'un nouveau mode de gestion.

1. Cherche-t-on les causes ou des coupables ? Des coupables que l'on qualifie de « profiteurs »?
2. Veut-on réduire, voire éliminer les « Agences de placement indépendantes » ou veut-on réduire, limiter, contrôler ou encore éliminer le recours aux Agences?
3. DÉJÀ, on parle d'exception qui justifierait le recours ? Ce qui doit être éliminé ce sont les recours ABUSIFS, EXAGÉRÉS ET QUI SONT UTILISÉS À DÉFAUT DE LA MISE EN PLACE, entre autres, DE MÉCANISMES DE PLANIFICATION ET D'ORGANISATION DE LA GESTION DES REMPLACEMENTS dans les établissements de santé.
4. Plus encore, à quoi servent donc les CONCOURS PUBLICS ET LES APPELS D'OFFRES SUR-MESURE si ce n'est de contrôler les coûts et de s'assurer de la qualité des services fournis? Quels sont les modes de gestion et de contrôle en cause et qui sont responsables et qui autorisent les contrats impliquant des millions de dollars au Ministère, aux CIUSSS, aux CISSS?
5. Les Agences sont la réponse circonstancielle, l'initiative du privé, de la société civile et entrepreneuriale pour combler les besoins NON COMBLÉS en personnel des établissements de santé public. Les établissements de santé étant dans l'incapacité grandissante de créer un bassin de main-d'œuvre et de garder son personnel intéressé et en poste.
6. On responsabilise les Agences de placement parce que certaines d'entre elles ont profité exagérément d'une occasion de faire des affaires sur la base qu'elles se sont organisées pour répondre aux DEMANDEURS de fourniture de service aux établissements de santé publics qui en ont fait la demande à tout prix.
7. Les Agences sont nées du besoin de remplacement NON COMBLÉ des établissements de santé; non comblé à cause d'un certain nombre de raisons en relation avec
 - a. Une structure d'administration,
 - b. Des conditions de travail et de rémunération différentielles et

- c. Aux attentes sociales nouvelles tendances des travailleurs envers les organisations de travail d'aujourd'hui.
8. L'élimination des Agences n'aura que **PEU D'IMPACTS SUR LE RETOUR DES INFIRMIÈRES** dans les établissements de santé, elles pourront toujours travailler dans d'entreprises privées qui fournissent des services aux établissements de santé, dans le cadre de **SERVICES ACHETÉS**.
 9. Dans la gestion prévisionnelle des ressources humaines (GPRH), il faut avoir en tête qu'il a un **CHANGEMENT DE PARADIGME** qui s'impose comme incontournable, à savoir que : le Travail n'est plus ce qui structure et organise le reste de la vie des personnes, mais aujourd'hui, le paradigme émergent est : c'est le mode de vie qui structure et organise et conditionne le travail! La Qualité de vie au travail (QVT) au travail, c'est d'abord la QV en dehors du travail!
 10. **IDENTIFIER LES CAUSES ENDOGÈNES ET LES RÉSOUDRE** : Il faut comprendre que les Agences de place ne sont pas responsables de la pénurie de main-d'œuvre. Le ministère, les CIUSSS, les CISSS et les établissements de santé, oui! Les causes sont à la fois exogènes et endogènes.
 11. **MODE DE GESTION AUX EFFETS PERVERS** : De « filets de sécurité », de mesures « exceptionnelles », comme le dit le ministre de la Santé, les directions d'établissements de santé ont amené les Agences à devenir un rouage essentiel pour combler les besoins de remplacement, un « mode de gestion » habituelle.
 12. La pandémie nous l'a appris pour tous les biens et services en rupture de stock, il y a lieu de **RÉINTRODUIRE LA NOTION D'AUTOSUFFISANCE EN MAIN-D'ŒUVRE** pour les établissements de santé.
 13. **PRÉVOIR L'EXCEPTIONNEL ET LE PLAN DE CONTINGENCE** : Les Agences de placement auront un rôle à jouer en situation d'exception, de catastrophes, de crises, d'apports aux plans de contingence.
 14. **ÉVITER LA CENTRALISATION EXCESSIVE** dans la gestion des problèmes de terrain : La création d'une agence de santé ne doit pas avoir pour effet de vouloir devenir une centrale de rappel pour les établissements.
 15. **DÉTERMINATION DES COÛTS FACTURÉS DANS LES APPELS D'OFFRES DE SERVICES** : La loi devra clarifier les montants versés aux Agences :

Ces coûts n'étaient pas étrangers aux donneurs d'ouvrage, je parle ici des Direction des établissement de santé.

Équation des coûts facturés

Coût facturé = (Taux horaire de salaire de la ressource en fonction des années d'expériences reconnues et du titre d'emploi) + Primes + % Bénéfices marginaux + Frais d'administration + Marge de profit) X Nombre d'heures régulières.

$$[TxNe\&Tde + P + BM + Fa + Mp] \times NH$$

16. S'il a été dit par tout le monde qu'il fallait éviter d'entreprendre des discussions publiques, dans le cadre des audiences du projet de Loi no 10, sur les conventions collectives en renégociant, des discussions non-publics doivent avoir lieu en parallèle, en convergence avec LA NOUVELLE LOI // LES NOUVELLES CONVENTIONS COLLECTIVES // LA NOUVELLE GESTION PRÉVISIONNELLE DES RH // LES NOUVEAUX APPELS D'OFFRES DE SERVICE DE PLACEMENT.
17. La loi se laissera une marge de manœuvre pour s'ajuster aux résultats des négociations et vice versa.
18. Il y a lieu dans la loi d'établir la nature des facteurs en cause, définir : service de placement privé, main-d'œuvre indépendante ou travailleur autonome, situation de recours aux agences ou à des travailleur autonome ne tant que main-d'œuvre indépendante, appels d'offre de services, remplacement, statut des salariées de l'agence de placement, période de transition, etc.
19. Il faut clarifier qu'il ne s'agit pas d'éliminer les Agences qui sont des entreprises légales et issues d'un besoin sur le marché de l'emploi, mais il s'agit d'éliminer le recours ABUSIF, les coûts EXCESSIFS, et, de chercher l'autosuffisance.
20. Soyons juste, je le dis par justice sociale: les Agences sont des entreprises complémentaires qui remplissent des lacunes du "marché" du travail conditionné par les établissements de santé, à travers les conventions collectives.
21. Les Agences sont gérés par des entrepreneurs et des gens d'affaires qui dépendent de l'offre et de la demande sur le marché libre du travail!
22. Il appartient au Gouvernement de structurer "sa demande".
23. Il était nécessaire de demander des explications à l'Association d'agences de placement qui apporte sa contribution à expliquer les abus, les excès qui ont été commis par des agences de placement en matière de coûts facturés.
24. On se souvient du projet de loi no 52 qui voulait l'abolition des fonctions de Commissaire locale aux plaintes qui étaient des travailleurs autonomes non-salariés des CHSLD et pourtant l'association que représentait les commissaires locales était présente et a fait valoir son point de vue. D'où l'importance d'entendre tous les points de vue et d'avoir un portrait global, intégré.
25. Car si les Agences sont critiquées parce qu'elles sont privées et qu'elles font travailler des employés qui ne se sentent pas bien traités par l'État et qui se sont tournés vers le privé. Nous devrions remercier les Agences d'avoir évité, malgré tout, le bris de services et de soins.
26. Si le Gouvernement a réagi impulsivement en prenant des mesures fortes, il n'est pas étonnant que les Agences se soient senties menacées et que les mesures prises demandaient à être validées légalement. La Cour de justice a donné raison aux agences. Alors, il y a lieu davantage de se comprendre et de trouver des solutions qui permettent à l'État, à la Société, à l'entreprise libre, de respecter aussi les lois du marché.
27. À la base, les Agences sont des entreprises privées qui sont venues en aide à l'État comme les entreprise privées sont venues en aide à l'État pendant la pandémie.

28. Le gouvernement est à la fois un employeur. N'est-il pas aussi un monopole public? Mais l'État a besoin de l'entreprise privée dans une économie de marché où il doit y avoir convergence des préoccupations politiques, économiques et notamment socio-sanitaires. La Santé est-il un marché à protéger?
29. La question des transitions est vitale et doit être mise en évidence dans le projet de loi: par régions/besoins;
30. Je suis d'accord avec la présidente de la CSN: LA RACINE OU LA CAUSE DES PROBLÈMES DANS LE RÉSEAU CE NE SONT PAS LES AGENCES DE PLACEMENT.
31. Les causes de la « pénurie de la main-d'œuvre » dans les établissements de santé sont endogènes :
- Dans la déficience de la gestion prévisionnelle des ressources humaines,
 - Dans la planification d'une main-d'œuvre problématique,
 - Dans l'augmentation de l'absentéisme,
 - Dans des conditions de travail contraignantes et
 - Dans la gestion inefficace des modes de remplacement du personnel et
 - Dans un recours aux agences de placement sans balises, sans limites et sans contrôles. Ce qui semble aberrant c'est que les besoins massifs de personnel des Agences ont-ils fait l'objet d'appels d'offres rigoureux sur les spécifications, les exigences, les contrôles, les coûts détaillés et l'évaluation des résultats et l'analyse et l'autorisation des causes et du financement des dépassements.
 - En l'absence de clauses contractuelles, il y a eu surfacturation par certaines Agences, pas toutes; Il y a eu moralement des comportements répréhensibles de plusieurs acteurs économiques et administratifs. Il aurait fallu des balises contractuelles et un code d'éthique pour éviter l'immoralité.

Compétition « injuste »

N'a-t-on pas vu à l'Internationale des pays volés par surenchère les commandes de gants de pays qui les avaient préalablement commandés?

Dans ces conditions, on peut dire que la concurrence ici a pris des allures, comme certains ont dit à la commission, de "compétition injuste". C'était poliment le moins que l'on puisse dire.

32. En mettant dehors du marché ou du circuit les Agences, il n'est pas évident que la stabilité des RH dans le réseau reviendra. Comme on l'a dit les Agences de placement ne sont pas « la racine » du problème de pénurie de main-d'œuvre, il y a d'autres facteurs qui ont des effets déstabilisants considérables sur la maintien en poste des infirmières et le départ vers le privé de celles qui n'acceptent les conditions de travail actuelles.

Dynamisation des Ressources humaines

Sans entrer dans le détail, la dynamisation des ressources humaines renvoie à attractivité, rétention, développement, progrès et carrière.

Elle consiste à amener le rôle stratégique de la fonction « Ressources humaines » sur la capacité de l'État, des entrepreneurs, de direction d'anticiper, de prospecter, de se projeter au-delà des besoins actuels, au sujet du ressourcement et du développement et de l'adaptation organisationnelle aux réalités d'aujourd'hui et par anticipation de demain.

Le ministère de la Santé avec un tableau de bord de la fonction RH prospectif sera en mesure d'ajuster les paramètres pour combler les besoins en ressourcement.

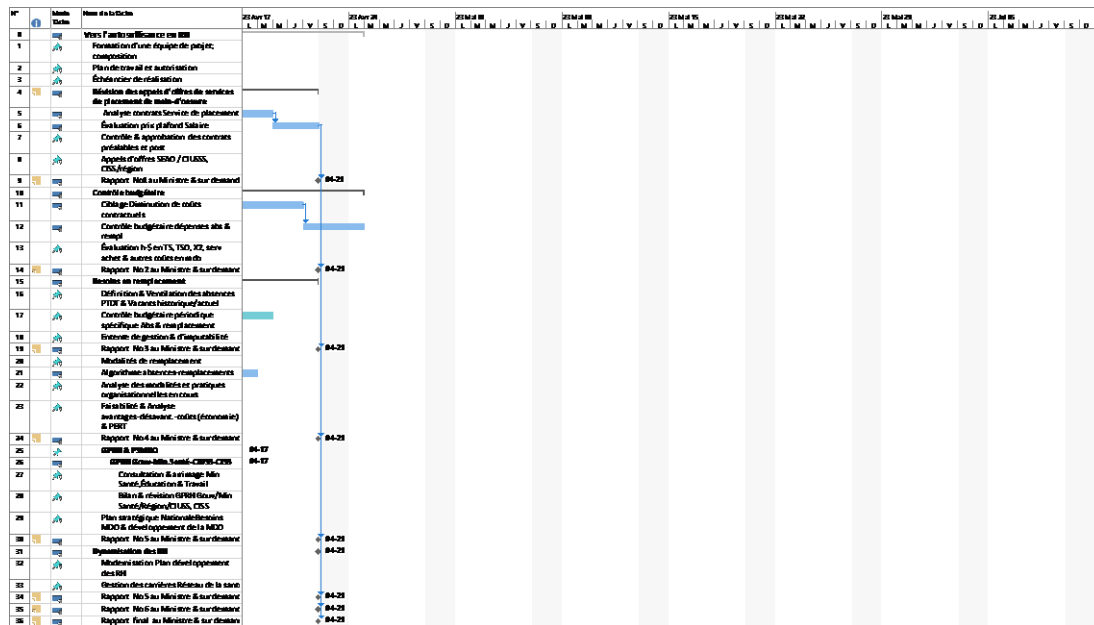
Nous sommes à un stade de management de transition, mais plus encore à un stade plus global de management de transformation radicale de l'approche, de l'évaluation et de la mise œuvre de la main-d'œuvre particulièrement dans les établissements de santé.

Il y lieu de réinventer l'approche de l'État-entrepreneur particulièrement dans le domaine de la gestion des RH dans le Réseau de la santé qui tienne compte du nouveau paradigme émergent chez les travailleurs.

Transition vers l'autosuffisance en RH structurée, planifiée, réalisée sur échancier

Je vous présente un contenu sur à quoi consisterait la transition et dans combien de temps pourrait-elle être mise en place.

Exemples de étapes de transition fondatrices d'un retour au contrôle et à l'autosuffisance :



À titre d'exemple, je vous donne un exemple de ses étapes :

ÉTAPES	ACTIONS	DURÉE
I. Contrôle de gestion budgétaire	1. Révision des modalités et contenus des appels d'offre publics 2. Évaluation d'un prix plafond de facturation concernant le salaire payé 3. Contrôle et approbation de la gestion des contrats; 4. Appels d'offres par les CIUSSS et par les CISSS pour les établissements de santé respectifs.	3-6 MOIS
II. Détermination/ évaluation des besoins de remplacement:	1. Définition des besoins de remplacement par catégories: Nombre d'heures (N.h.) de congés annuels; N. h. congés sans solde; N. h. en absence-invalidité; N. h en congés sociaux, maternité, etc.; 2. Évaluation du N.h des postes temporairement dépourvu de leur titulaire et aussi des heures de postes réguliers non-comblés; 3. Identification entre le N. h de la structures de postes Versus du N h. non-comblés et identification des écarts.	6-12 MOIS

III. Analyse de faisabilité/ Analyse avantages- désavantages-coûts (économie):	1. Centralisation/décentralisation de la liste de rappel; 2. Création ou maintien d'équipe volante par établissements de santé/CIUSSS, CISSS; 3. Impacts financiers et organisationnels du recours aux agences de placement, à la main- d'œuvre indépendante, aux services achetés.	6-12 MOIS
IV. Établissement provisoire d'un plan de transition par région	1. Évaluation des besoins par région; 2. Séquençage avec les nouvelles conventions collectives	6-12 MOIS
V. Révision de la Gestion Prévisionnelle des RH Gouv/CIUSSS, CISSS & validation auprès du Ministère	1. Consultation avec le ministère de l'éducation; 2. Établissement d'un plan intégré et global. Non dévoilé	12-24 MOIS
VI. Révision des modes de modes de planification des besoins de main-d'œuvre	Non dévoilé	12-24 MOIS
VII. Plan de dynamisation des RH	Non dévoilé	18-36 MOIS
Durée totale dans la mise en place des meures de mise en place		36-48 mois

Conclusion

La « pénurie » s'explique. Les explications réfèrent à un ensemble de facteurs explicatifs. Les coûts sont d'ores et déjà contrôlables, un changement demande toujours une transition vers un meilleur acceptable.

Annexe 4 État moderne Scénarios du possible

Conséquences

Ma réflexion me conduit à explorer plusieurs scénarios de ce qui pourrait être possible.

En fait la question est de savoir ce que le Gouvernement veut réaliser : Diminuer les coûts de main-d'œuvre dont notamment les coûts pour le recours aux *Agences* de placement et/ou trouver des façons de récupérer une grande partie des effectifs (environ 2 500 employés) qui travaillent pour les *Agences*?

Ces scénarios sont en fonction des déclarations faites par des personnes d'intérêt (ministre, députés, partis politiques, syndicalistes, journalistes,) et des décisions que prendra le Gouvernement lui-même sur la base de sa propre analyse et des prémisses sur lesquels il entend se doter des moyens pour réaliser ses objectifs en tant qu'État⁵⁵, État employeur et État entrepreneur.

J'ai préféré utiliser le groupe nominatif de « État québécois⁵⁶ » pour éviter toute confusion que pourraient générer les groupes nominatifs de « État du Québec » et « État au Québec ».

⁵⁵ « De nos jours, le concept d'« État québécois » fait référence à une réalité complexe, comprenant de nombreux domaines et instruments d'intervention – comme des ministères ou des sociétés d'État – et, finalement, des moyens, notamment financiers, considérables. »
Extrait de « L'État québécois

Où en sommes-nous? » Sous la direction de Robert Bernier, Stéphane Paquin. Presses universitaires du Québec, 2019.

⁵⁶ Voici ce qu'en dit Wikipédia : « Au Québec, le mot « État » a deux significations souvent confondues mais en réalité distinctes :

« L'État » au sens politique du terme qui désigne l'ensemble des pouvoirs publics, exercés par :

Le Parlement du Québec (pouvoir législatif)

Le gouvernement du Québec (pouvoir exécutif)

Les tribunaux de droit commun (pouvoir judiciaire).

« L'État » au sens administratif du terme. Pour la comptabilité publique, « l'État » désigne une collectivité publique, c'est-à-dire une personne morale de droit public, qui a une dimension nationale contrairement aux collectivités territoriales et qui constitue l'outil administratif dont dispose le pouvoir exécutif incarné par le gouvernement (on dira ainsi que l'État paie des fonctionnaires, finance des projets, passe des contrats, etc.). En tant que collectivité publique, l'État est administré par le Parlement et dirigé par le gouvernement. Son administration est découpée en ministères. Il assure la tutelle des organismes gouvernementaux et sociétés d'État. Il dispose d'une fonction publique...

Droit constitutionnel

Selon l'Acte de l'Amérique du Nord britannique, texte constitutionnel canadien de 1867, le Canada est composé de « provinces », dont le Québec.

Au sens du droit constitutionnel, le Québec est réellement une province, mais en droit administratif il se désigne souvent comme étant « l'État » ou « le Gouvernement ».

Absolument rien n'indique que la désignation d'État en droit administratif est

Le tableau suivant qui présente succinctement les différences entre la définition de État, État employeur, État actionnaire et État entrepreneur et permet de comprendre les positions et les gestes du Gouvernement dans l'exercice de ses pouvoirs exécutif, législatif et judiciaire.

Tableau Nature complexe de l'État québécois ou (État du Québec)

Nature	Description
État (en tant que système politique démocratique) du Québec	L'État est incarné par le Gouvernement d'une population vivant sur un territoire autodéterminé en démocratie et qui a adopté une structure d'organisation et des institutions lui permettant de réaliser sa mission, de réaliser ses orientations, de les mettre en œuvre à l'aide de fonctionnaires ou de personnes à la charge de l'État dans le domaine de l'exécutif, du législatif et du judiciaire. L'État défend son territoire en maintenant une armée et en venant à aide aux États et pays avec qui elle entretient des liens d'entraide et d'échanges. État, Nation, Mère-patrie et Armée ont des liens historiques. Le Québec n'a pas d'armée. Le Canada dont fait partie le Québec en a une, les Forces armées canadiennes.
État (en tant que) employeur	L'État employeur est une personne physique ou morale qui fait exécuter, contre rémunération, un travail par un ou des salariées pour son compte et sous sa subordination (définition inspirée de celle de l'OQLF). L'ensemble de l'effectif régulier de la Fonction publique, en mars 2022, était de 57 074; en incluant les étudiantes, stagiaires et occasionnelles, le nombre est de 69 972. Le mot fonctionnaire est utilisée pour désigner une employée de la Fonction publique. Selon le chapitre F-3.1.1 LOI SUR LA FONCTION PUBLIQUE : « La fonction publique a pour mission de fournir au public les services de qualité auxquels il a droit, de mettre en œuvre les politiques établies par l'autorité constituée et d'assurer la réalisation des autres objectifs de l'État. » L'employeur embauche des employées⁵⁷ qui en échange de leur travail reçoivent une rémunération.
État (en tant que) actionnaire	L'État actionnaire est, par définition, la puissance publique qui investit le capital social et la structure d'établissements publics ou

inconstitutionnelle, mais il faut comprendre que le droit administratif dépend du droit constitutionnel, comme d'ailleurs toutes les branches du droit.^{1,2}

Droit administratif

Dans les années 1970, sous la pression notamment des ministres Denis Vaugeois et Gérard Godin, mais aussi dans la foulée de tout un mouvement hostile aux symboles monarchiques qui avaient de nombreux adeptes parmi les élus et dans la fonction publique, l'État québécois a délaissé le mot « province » pour se désigner, au profit du mot État. » Source :

https://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89tat_au_Qu%C3%A9bec#:~:text=Selon%20l'Acte%20de%20l,%C2%BB%20ou%20%C2%AB%20le%20Gouvernement%20%C2%BB.

⁵⁷ La nature d'une « employée » : voir le texte « DÉFINITION

D'UN EMPLOYÉ Interprétations, politiques et lignes directrices », Commission canadienne des droits de la personne Équité salariale; source :

https://www.payequitychrc.ca/sites/payequity/files/2021-07/IPG_Equite_salariale_Definition_d_un_employe.pdf

	d'entreprises privées afin, en théorie, de défendre et soutenir des intérêts stratégiques pour le pays. Il est finalement cette incarnation de nos paradoxes, symbole de cette économie de marché mêlée d'intervention étatique. ⁵⁸
État (en tant que) entrepreneur	L'État entrepreneur ne s'oppose pas, en substance, à l'État actionnaire. Il englobe sa version réformée et constitue une version évoluée de l'action publique. Il est celui qui finalement dessine une nouvelle forme de croissance dans un contexte de concurrence qui favorise le renforcement de notre capacité à innover ⁵⁹

Tableau Scénarios possibles de l'action de l'État contre les Agences

Désignation	Description
Satu quo	Le ministre de la Santé a déclaré à plusieurs reprises que le statu quo, i.e. la situation qui a prévalu en relation avec la surfacturation devait cesser. Ce scénario n'est plus acceptable. Les changements introduits par le CAG dans les Appels d'offres ont été contestés et un juge de la Cour supérieure du Québec a accueilli la demande des Agences et imposé une suspension de l'A.O. 2023-8017-50 jusqu'au 21 mars 2023.
Statu quo amélioré 1	Il ne semble pas que ce scénario ait été envisagé. Dans son <i>Mémoire</i> , l'EPPSQ a effleuré le sujet. Ce scénario consisterait à entreprendre une discussion avec les Agences et leur association pour que la surfacturation ⁶⁰ soit identifiée et quantifiée et fasse l'objet d'un remboursement.
Statu quo amélioré 2	L'imposition d'un taux unique et autres déclarations de C. Dubé ministre de la Santé avait un double objectif contrôlait les coûts facturés et imposer une contrainte à l'accès aux remplacements par les employées des Agences. Ce scénario a été essayé, mais a été rabroué par la Cour supérieur qui a imposé une suspension à l'appels d'offres. L'A.O. a sans doute été modifié afin de se conformer à la loi.

⁵⁸ Source : <https://www.contrepoints.org/2017/02/11/280700-de-letat-actionnaire-a-letat-entrepreneur>

⁵⁹ Source : Idem.

⁶⁰ Le dictionnaire *Larousse* en donne la définition suivante : « Facturation d'un bien ou d'un service plus élevée que son coût réel, généralement effectuée dans une intention frauduleuse. ». Le *CNRTL* : « Surfacturation, subst. fém. Incorporation, dans un prix, d'éléments qui ne peuvent être justifiés dans le détail d'une facture. »; *l'Internaute* : « Economie Une surfacturation est une facturation excessive, l'envoi d'une facture dont le montant est supérieur à ce que vaut réellement la prestation. Exemple : J'ai contacté la comptable au sujet de la surfacturation de cette dernière intervention et elle va nous rembourser. ». Pour *l'Office de la langue française*, extrait du *Grand Dictionnaire terminologique* (Québec) : « Fait de gonfler indûment une facture en exigeant un prix supérieur au prix réel, ou encore en y ajoutant des extras, des articles fictifs ou des prestations non fournies. »

Élimination des Agences et empêchement des employés de travailler sous prétexte d'une clause de non-concurrence	Si une entreprise privée respecte les lois et les règlements en vigueur, les normes de sécurité, les normes environnementales, si l'entreprise paye ses impôts, si elle n'a pas commis d'infractions criminelles, si l'État ne décrète pas une urgence de santé publique, alors le Gouvernement ne peut obliger cette entreprise privée de fermer ses portes ou de l'empêcher d'offrir ses services dans le cadre d'appels d'offres publics. Ce scénario ne peut pas se réaliser de la façon dont il est formulé. La loi de la concurrence voit à ce que tous respectent les règles qui ont été édictées. Il n'est pas dans l'intérêt du Gouvernement et de la société en général de légiférer pour restreindre la concurrence sans une cause juste et suffisante.
Nationalisation	Si l'on pose la question à Chat-GPT⁶¹, voici la réponse : <i>« Au Canada, la nationalisation est un processus par lequel le gouvernement acquiert le contrôle total ou partiel d'une entreprise privée en la transformant en une entreprise publique. La nationalisation peut prendre plusieurs formes, notamment : L'acquisition de la propriété et du contrôle de l'entreprise par le gouvernement.</i> <i>L'expropriation de l'entreprise, où le gouvernement force les propriétaires de l'entreprise à vendre leurs actions au gouvernement.</i> <i>La création d'une entreprise publique concurrente pour offrir des services similaires à ceux offerts par l'entreprise privée.</i> <i>Dans tous les cas, la nationalisation implique que le gouvernement devient le propriétaire de l'entreprise et est responsable de sa gestion.</i> <i>La nationalisation peut être mise en œuvre pour diverses raisons, notamment pour améliorer l'efficacité, pour garantir l'accès universel aux services essentiels, pour protéger les intérêts publics, pour créer ou maintenir des emplois, ou pour répondre à une crise économique. Cependant, la nationalisation peut également être controversée, car elle peut entrer en conflit avec les principes de libre entreprise et de propriété privée.</i> <i>Au Canada, plusieurs entreprises ont été nationalisées dans le passé, notamment les entreprises ferroviaires, les services publics de l'eau et de l'électricité, et certaines compagnies pétrolières et gazières. Cependant, la tendance actuelle est plutôt à la privatisation, c'est-à-dire à la vente d'entreprises publiques à des investisseurs privés. »</i>
Coopétition ou Autosuffisance participative	J'ai donné des pistes de résolution de la problématique de l'attractivité, de l'intéressement, du maintien et du développement des effectifs du Réseau de la santé public. Voici ce que répond Chat GPT sur le sujet⁶² : <i>« Le néologisme "coopétition" est un mot-valise formé par la combinaison des mots "coopération" et "compétition". Il décrit une forme de collaboration entre des entités ou des personnes qui, bien que concurrentes dans un domaine donné, choisissent de travailler ensemble pour atteindre des objectifs communs.</i>

⁶¹ En vérifiant d'autres sources, les explications du Chat-GPT sont acceptables.

⁶² En vérifiant d'autres sources, les explications du Chat-GPT sont acceptables.

	<i>Le concept de coopétition est souvent utilisé dans les milieux d'affaires pour décrire des situations où des entreprises concurrentes décident de collaborer pour développer de nouvelles technologies, partager des ressources, ou même pour gagner des appels d'offres en formant une alliance.</i> <i>Le terme coopétition a été popularisé par les auteurs Adam Brandenburger et Barry Nalebuff dans leur livre "Coopétition" publié en 1996. Ils ont soutenu que la coopétition peut être une stratégie efficace pour les entreprises dans des environnements économiques dynamiques et concurrentiels, en leur permettant de bénéficier à la fois des avantages de la coopération et de la compétition.</i> <i>Le concept de coopétition peut également s'appliquer à d'autres domaines, tels que la politique, les relations interpersonnelles ou la recherche scientifique, où des acteurs concurrents peuvent trouver un terrain d'entente pour atteindre des objectifs communs.</i> <i>...</i> <i>Mariana Mazzucato est une économiste italienne de renommée mondiale, professeure à l'University College London et fondatrice et directrice du Institute for Innovation and Public Purpose. Elle est surtout connue pour ses travaux sur l'innovation et la croissance économique, ainsi que pour son rôle dans le débat sur le rôle de l'État dans l'économie.</i> <i>Son travail met en évidence le rôle crucial de l'État dans le financement et la promotion de l'innovation dans l'économie, notamment en identifiant les lacunes dans les investissements privés et en investissant dans des projets à haut risque, tels que la recherche fondamentale, qui ont un potentiel de retour sur investissement à long terme.</i> <i>Mariana Mazzucato a également été une voix clé dans le débat sur la responsabilité sociale des entreprises, en appelant à un changement de paradigme dans la façon dont les entreprises sont réglementées et en soulignant le rôle potentiel des entreprises dans la création d'une économie plus durable et plus inclusive.</i> <i>Elle a également publié plusieurs livres, notamment "The Entrepreneurial State: Debunking Public vs. Private Sector Myths" (2013), qui remet en question la perception courante selon laquelle l'innovation et la croissance économique sont exclusivement le résultat de l'initiative privée, et "The Value of Everything: Making and Taking in the Global Economy" (2018), qui explore la façon dont la création de valeur est souvent mal comprise et mal mesurée dans l'économie mondiale.</i> <i>...</i> <i>En effet, Mariana Mazzucato a également fait référence au concept de coopétition dans certains de ses écrits. Elle considère la coopétition comme un élément clé dans la dynamique de l'innovation et de la croissance économique, en soulignant que les entreprises peuvent collaborer tout en étant en concurrence les unes avec les autres.</i>
--	--

	<i>Dans son livre "The Entrepreneurial State: Debunking Public vs. Private Sector Myths" (2013), elle met en avant l'importance de la collaboration entre les entreprises et l'État pour promouvoir l'innovation et la croissance économique. Elle soutient que la coopération entre les entreprises concurrentes peut aider à résoudre certains des problèmes les plus pressants auxquels l'humanité est confrontée, tels que le changement climatique ou les maladies.</i> <i>Mariana Mazzucato voit également le concept de coopétition comme une occasion pour les entreprises de s'engager dans des partenariats stratégiques avec des acteurs non traditionnels, tels que les organisations non gouvernementales et les universités, pour atteindre des objectifs communs en matière de développement économique et social.</i> <i>En somme, Mariana Mazzucato considère que la coopétition peut être un outil puissant pour favoriser l'innovation, la croissance économique et la résolution de certains des défis les plus importants de notre temps. »</i>
--	---