

Les besoins des êtres humains doivent être au cœur du système de santé et de services sociaux



Par le comité santé et services sociaux

L'austérité est présentée par nos gouvernements comme un mal nécessaire pour sortir d'une crise économique, tel un médicament aux multiples effets secondaires. Pourtant, l'austérité affecte la santé des gens. Pire, l'austérité tue !

Ainsi commençait l'article rédigé en avril 2015 par Judith Huot, alors responsable du front de lutte santé et services sociaux, pour le numéro spécial sur l'austérité du journal *Unité* du conseil central. Elle y résumait la démonstration faite par David Stuckler et Sanjay Basu des conséquences catastrophiques pour la santé publique chaque fois qu'un État choisit la voie de l'austérité.¹

Ce n'est pas d'hier que le conseil central dénonce le démantèlement des services publics et la mise en place d'un vaste plan de privatisation. D'ailleurs, cet enjeu a été au cœur des campagnes de mobilisations contre l'austérité des dernières années. Récemment, la crise générée par la pandémie a servi de révélateur à plusieurs égards. Elle a, entre autres, mis en lumière les failles du capitalisme et des politiques d'austérité qui en découlent. Ce que nous avons prévu et dénoncé sur tous les tons, en alliance avec les autres mouvements sociaux progressistes, est malheureusement advenu.

Des décisions politiques aux conséquences dramatiques

Le Québec s'est enfoncé dans une marchandisation et une déshumanisation des soins qui sont en grande partie responsables de la propagation galopante de la COVID dans les ressources d'hébergement pour les personnes âgées. Pendant des décennies, les gouvernements qui se sont succédé ont sabré éhontément dans les budgets du réseau public de la santé et des services sociaux et ont appliqué des réformes qui n'avaient d'autre but que de diminuer les dépenses. La dernière réforme en lice, celle du ministre Barrette, s'est avérée catastrophique, ainsi que l'avaient prédit les organisations syndicales et de nombreux experts.² Dans ce texte, nous concentrerons nos propos sur les effets en lien avec les services aux personnes âgées, mais cette réforme a eu des répercussions sur l'ensemble des soins de santé et des services sociaux, notamment en ce qui a trait à la protection des enfants.³

La réforme Barrette a, entre autres, transformé l'organisation du travail d'une manière favorisant le déplacement des salarié-es d'un lieu de travail à l'autre. Cette situation a grandement contribué à la propagation du virus d'une ressource

d'hébergement à l'autre, et à la contamination des travailleuses et des travailleurs du réseau, qui comptent pour près du quart des personnes infectées.

Rappelons que c'est aussi lors de cette réforme que l'on a coupé de 30 % les budgets des équipes régionales de la santé publique, les privant de moyens dont elles auraient eu grandement besoin pour affronter cette crise.

Depuis toujours, nous dénonçons les effets pervers de l'intrusion de plus en plus grande du privé dans les soins de santé et les services sociaux. D'ailleurs, au pire moment de la crise, François Legault lui-même commençait à évoquer la possibilité de nationaliser les CHSLD privés. Nationaliser tous les CHSLD privés, conventionnés ou non, nous permettrait de mettre un terme à la marchandisation de l'hébergement et des soins de longue durée pour les personnes âgées les plus vulnérables. Mais il faudra faire plus. En effet, « (...) les CHSLD privés ne représentent qu'une très petite minorité des centres d'hébergement privés pour personnes âgées : il y a au Québec 40 CHSLD non conventionnés et 59 CHSLD conventionnés, contre près de 2 000 résidences privées pour aînées (RPA), dans lesquelles le public achète aussi des milliers de places. Une véritable démarchandisation de l'hébergement et des soins de longue durée devrait nécessairement inclure ce type d'établissement. »⁴

Des solutions

La nationalisation des CHSLD ne suffira pas pour régler l'ensemble des problèmes vécus par les personnes âgées et pour répondre adéquatement à leurs besoins. Si le système public est la seule véritable solution pour y répondre,

il n'en demeure pas moins que celui-ci doit être financé adéquatement. À l'instar de plusieurs organisations dont Médecins québécois pour un régime public, nous croyons que l'on doit améliorer significativement les soins à domicile et que ceux-ci soient couverts par le régime public d'assurance-maladie.⁵

Le 16 juin dernier, la FSSS émettait un communiqué dans lequel elle énonçait quatre solutions pour réparer les services aux personnes en perte d'autonomie. D'abord, on doit 1) effacer les effets de l'austérité libérale, entre autres, en réinvestissant les 10 milliards \$ engrangés sur le dos des travailleuses et des travailleurs dans le cadre de la réforme Barrette; 2) améliorer les conditions de travail et les salaires de l'ensemble du personnel; 3) réintégrer le privé dans le secteur public; 4) réorganiser notre réseau en misant sur la décentralisation, la démocratisation et l'autonomie des équipes.⁶

Nous sommes d'accord avec ces solutions. Depuis au moins trois décennies, les gouvernements qui se succèdent ont placé la réduction des coûts des soins de santé et des services sociaux au-dessus de la nécessité de répondre aux besoins de la population. Les gouvernements de Jean Charest et de Philippe Couillard ont été les champions de cette posture idéologique de laquelle découlent tant de souffrances et de détresse.

La succession des réformes a conduit à une hypercentralisation hospitalo-centrée (centrée sur les centres hospitaliers) des ressources en santé et en services sociaux. Les nouvelles mégastructures -les CIUSSS et les CISSS- ont été mises en place sans faire le bilan de la réforme précédente et ont eu des effets néfastes sur les services offerts aux populations locales. Elles

ont aussi grandement contribué à la situation ayant sévi lors de la crise sanitaire. « Impossible de bien gérer une crise lorsqu'il faut attendre des décisions qui viennent de loin et lorsqu'il faut décider sans vraiment savoir ce qui se passe sur le terrain. Les ratés de plus en plus documentés dans les médias ne sont pas le seul effet de la COVID-19, ils sont monnaie courante depuis deux décennies.»⁷ De plus, peu à peu, au fil des réformes, on a exclu la population des lieux de décisions et de gouvernance des services publics. Nous nous sommes éloignés des expériences porteuses et inspirantes comme celles initiées par des groupes comme la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles dans les années 1970 et qui prenaient en compte les besoins exprimés par les citoyennes et les citoyens. Ces modèles ont été à la base de la création des CLSC, établissements dont la vocation a été passablement malmenée depuis les dernières années. Nous croyons que les gens qui reçoivent des services et les travailleurs et les travailleuses qui les prodiguent doivent être au cœur des décisions prises par les établissements et les gouvernements, car ce sont eux et elles qui sont sur le terrain et qui connaissent les besoins.

Pour une pleine reconnaissance du rôle de chacun et de chacune

La pénurie de personnel constatée lors de la pandémie découle aussi directement des choix idéologiques de nos gouvernements. Les salaires des gens qui œuvrent dans le réseau public de santé et de services sociaux, hormis ceux des médecins, sont nettement insuffisants. « Pire, le recours aux emplois à temps partiel et aux horaires brisés pour contenir les coûts ajoute à la précarité et est un puissant désincitatif ».⁸ Depuis longtemps, les



organisations syndicales ont dénoncé l'inacceptable et milité pour l'adoption de solutions visant l'amélioration des conditions de travail et des services à la population. Pour comble d'insulte, plutôt que de reconnaître qu'elles avaient raison, le premier ministre François Legault a eu le culot d'utiliser la tribune dont il disposait quotidiennement pendant la crise sanitaire pour leur attribuer la responsabilité de cette situation catastrophique.

Les appels paniqués de François Legault à l'embauche rapide de PAB traduisent bien le mépris de la classe dominante pour ce que vivent les travailleurs et les travailleuses au quotidien et une méconnaissance crasse de la réalité sur le terrain découlant de leur aveuglement volontaire.

Eh oui, les gens qui exercent des métiers liés aux soins et à la relation d'aide ne sont pas des robots qui peuvent enligner les heures de travail sans prendre de repos, mais bien des êtres de chair et de sang. On doit entendre la détresse exprimée par ces travailleurs et des travailleuses confrontées à une surcharge de travail depuis si longtemps et y remédier.



La situation liée à la pénurie de personnel de toutes les catégories d'emplois dans le système de santé et de services sociaux aurait été bien pire sans l'apport des personnes issues de l'immigration ou sans statut. En effet, au Canada, plus du tiers des personnes travaillant comme aides-infirmières, aides-soignantes et préposées aux bénéficiaires sont issues de l'immigration alors qu'elles représentent moins d'une personne sur quatre dans toutes les autres professions. Cette proportion varie sensiblement d'une province à l'autre. En Alberta, c'est 52 % des travailleuses et des travailleurs exerçant ces professions qui sont issues de l'immigration, alors qu'au Québec, ce taux est de 26 % et dans la région métropolitaine de recensement de Montréal, il est de 47,8 %. Au Canada, les trois principales régions de naissance de ceux et celles occupant ces professions étaient l'Asie du Sud-Est (32 %, dont la presque totalité était née aux Philippines), les Antilles et Bermudes (18 %, et la moitié environ provenaient d'Haïti et le tiers, de la Jamaïque) et l'Afrique subsaharienne (13 %).⁹ Le nombre de cas de personnes affectées par la COVID est particulièrement élevé dans les quartiers les plus pauvres de Montréal comme Montréal-Nord et Saint-Michel, probablement dû au fait que c'est là aussi que résident un grand nombre de personnes racisées.¹⁰

En fait, la crise sanitaire aura permis de mettre en lumière que le travail relié aux soins et à la relation d'aide n'est pas reconnu à sa juste valeur dans notre société orientée d'abord et avant tout vers la recherche du profit à tout prix. Peut-être n'est-ce pas étranger au fait que plus de 80 % des travailleurs dans les métiers liés aux soins et aux services sociaux sont en fait des travailleuses ? On observe d'ailleurs ce phénomène tant du côté des personnes immigrantes, où elles sont 86 % de femmes à exercer les professions d'aides-infirmières, d'aides-soignantes et de préposées aux bénéficiaires que chez les non-immigrantes où elles sont représentées à 87 %. Ce travail est-il encore considéré comme le prolongement du rôle traditionnel des femmes, prônant un don de soi sans exigence, ceci se reflétant évidemment sur leurs conditions de travail ?

Les exigences patronales en matière de flexibilité des horaires ont été aussi problématiques. Déplacer des travailleurs et des travailleuses d'un milieu à l'autre sans tenir compte des enjeux de contagion a eu des effets dramatiques. Pourtant, depuis de nombreuses années, les organisations syndicales dénoncent ces pratiques, non seulement pour éviter la propagation des maladies, mais de manière plus générale, pour améliorer la qualité de la relation entre les personnes qui reçoivent des services et celles qui les prodiguent.

Le manque de connaissance de la part des dirigeants, de la complémentarité existant entre les divers métiers et professions dans le secteur de la santé et des services sociaux, fait aussi problème. L'obsession de François Legault quant à la pénurie de PAB fait abstraction du manque de personnel dans les autres catégories d'emplois comme l'entretien ménager, les

services alimentaires, le personnel administratif et celui des pharmacies et laboratoires. Bien sûr qu'il manque de PAB, mais tous les travailleurs et toutes les travailleuses qui occupent les autres types d'emplois sont complémentaires et essentiels pour que le système fonctionne, et les solutions mises de l'avant par le gouvernement doivent en tenir compte.

Outre les personnes en perte d'autonomie, d'autres personnes vulnérables ont aussi été touchées de plein fouet par la crise sanitaire, comme les personnes itinérantes, celles souffrant de toxicomanie, les femmes vivant dans un contexte de violence conjugale, les enfants qui subissent de la maltraitance et de la négligence, pour ne nommer que celles-ci. Les canaux utilisés habituellement pour les référer aux ressources appropriées, comme les écoles et les groupes communautaires par exemple, étant fermés, un grand nombre de personnes ont souffert en silence sans savoir à qui s'adresser.

Les compressions budgétaires des dernières années et le sous-financement chronique des services publics et des groupes communautaires ont progressivement érodé notre filet social qui s'est encore plus effrité pendant la crise sanitaire. Il faut réinvestir massivement et immédiatement si l'on veut offrir une réponse digne de ce nom aux divers besoins de la population.

Si la crise sanitaire a mis en lumière les lacunes en ces matières, nous ne répéterons jamais assez que la situation actuelle sévit depuis de nombreuses années dans notre système de santé et de services sociaux. On l'a dénigré, vendu en pièces détachées au secteur privé sous le prétexte fallacieux que celui-ci était d'une plus grande efficacité. On a fait fi des solutions mises de l'avant par les travailleurs, les travailleuses,

par les proches aidants et l'ensemble de la population qui utilise les services. Il y a des années que nous dénonçons et que nous apportons des solutions. Nous ne lâcherons pas.

Notes:

1. David Stuckler, Sanjay Basu, *Quand l'austérité tue*, éditions Autrement, 2014.

2. Annabelle Caillou, *La pire réforme de la santé*, *Le Devoir*, 8 février 2020.

3. Jean-François Nadeau, *La réforme Barrette a mis à mal les services de protection des enfants selon un rapport*, *Le Devoir*, 20 février 2020

4. Anne Plourde, *Le gouvernement Legault s'apprête-t-il à nationaliser les résidences privées pour les personnes âgées?* IRIS, 24 avril 2020, <https://iris-recherche.qc.ca/blogue/le-gouvernement-legault-s-apprete-t-il-a-nationaliser-les-residences-privées-pour-personnes-agees>

5. MQRP revendique la nationalisation des CHSLD et l'extension de la Loi canadienne sur la santé, 2 mai 2020, <https://www.pressegauche.org/MQRP-revendique-la-nationalisation-des-CHSLD-et-l-extension-de-la-Loi>

6. FSSS, *4 solutions pour réparer les services pour les personnes en perte d'autonomie*, 16 juin 2020, <https://www.csn.qc.ca/actualites/4-solutions-pour-reparer-les-services-pour-les-personnes-en-perte-d'autonomie/>

7. René Lachapelle et Denis Bourque, *La crise est un révélateur pour le système de santé*, *Le Devoir*, 23 avril 2020, <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/577519/la-crise-est-un-revelateur-pour-le-reseau-de-la-sante>

8. René Lachapelle et Denis Bourque, *La crise est un révélateur pour le système de santé*, *Le Devoir*, 23 avril 2020, <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/577519/la-crise-est-un-revelateur-pour-le-reseau-de-la-sante>

9. Martin Turcotte et Katherine Savage, *StatCan et la COVID 19, Des données aux connaissances pour bâtir un Canada meilleur : La contribution des immigrants et des groupes de population désignés comme minorités visibles aux professions d'aide-infirmier, d'aide-soignant et de préposé aux bénéficiaires*, Statistiques Canada, 20 juin 2020.

10. Pour en savoir plus sur le sujet, nous vous invitons à consulter le texte rédigé par le comité Immigration et relations interculturelles.