



SOINS DE SANTÉ

H

Ce profil a pour but d'offrir aux membres du SFCP des renseignements de base sur le secteur dans lequel ils travaillent, et ce, dans une perspective nationale. Vous trouverez tous nos profils sectoriels et de plus amples renseignements sur le site scfp.ca.

Préparé par :
G. Rao et H. Farrow
Août 2014

ON ♥ NOTRE SYSTÈME PUBLIC!

Le SFCP représente des travailleurs de la santé dans toutes les provinces. L'Ontario, la Colombie-Britannique (à travers le Syndicat des employés d'hôpitaux), le Québec et la Saskatchewan ont les plus importants effectifs. Ces syndiqués œuvrent dans les hôpitaux (79 244), les établissements de soins infirmiers et de longue durée (56 612), les soins à domicile (plus de 6000), la santé communautaire (3771) et à la Société canadienne du sang (500).

Quelques chiffres

- 153 361 membres
- 470 sections locales

Les membres du SFCP œuvrant en santé forment un groupe diversifié. Ce sont des femmes à 83 pour cent. Une part importante occupe un emploi à temps partiel. Plus de 20 pour cent des aides-infirmières, techniciens de laboratoire et aides de maintien à domicile sont issus de l'immigration. Les minorités visibles sont fortement représentées dans les emplois d'entretien ménager et de soins à domicile. Les femmes composent la grande majorité de

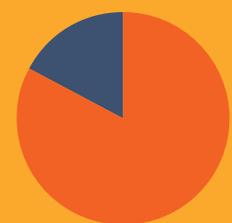
nos membres à faible revenu dans ce secteur, alors que les minorités visibles sont fortement représentées dans les soins de longue durée. Le SFCP est le plus important agent de négociation pour les travailleurs de la santé, en excluant les infirmières et les médecins, avec 40 pour cent des employés syndiqués dans ses rangs.

Financement

Depuis trois ans, dans la plupart des provinces, le financement de la santé augmente à un rythme inférieur ou égal à celui de l'inflation. Les provinces n'ont pas utilisé le plein montant des transferts fédéraux pour la santé, qui ont augmenté en moyenne de six pour cent par année entre 2004 et 2014. L'Accord sur la santé étant échu depuis 2014, les transferts fédéraux devraient augmenter d'environ trois pour cent par année entre 2017 et 2024.

Le financement n'est pas suffisant pour répondre à la croissance des besoins en soins, à l'inflation, au vieillissement de la population et aux réinvestissements nécessaires dans l'informatique et les équipements.

Les réductions de financement ont contraint des hôpitaux à fermer, à se fusionner ou à rationaliser leurs services. Plusieurs communautés, plus petites ou rurales, ont perdu leur hôpital. De plus, les soins sont de plus en plus confiés à des fournisseurs privés, ce qui se traduit par des soins plus chers et de moins bonne qualité.



83 %
DES TRAVAILLEURS DE LA
SANTÉ SONT DES FEMMES

2 SÉCURITÉ D'EMPLOI
La privatisation
menace les emplois
et les services.

**2 CHARGE DE TRAVAIL
ET DOTATION**
Le travail à effectif
réduit menace les soins
aux patients.

**3 UNE PETITE
RÉVOLUTION**
Des clauses spéciales
pour protéger les
travailleurs étrangers
temporaires.

**4 ON ♥ NOTRE
SYSTÈME PUBLIC!**
Les membres se battent
pour protéger, renforcer
et élargir les soins de
santé.

On ne finance plus la création de nouveaux lits publics en soins de longue durée. C'est plutôt le secteur privé non subventionné qui connaît une croissance. Entre 2000 et 2012, les dépenses privées dans les chirurgies, les soins de longue durée, la réadaptation, les soins à domicile et les autres services de santé ont bondi de 140 pour cent.



ENJEUX

Sécurité d'emploi

Nous avons de la difficulté à conserver de bonnes clauses pour protéger la sécurité d'emploi. Par exemple, en Colombie-Britannique, le Syndicat des employés d'hôpitaux (SEH) s'est battu vigoureusement pour stopper la sous-traitance des tâches de soutien. La récente convention collective limite le nombre de postes à plein temps susceptibles d'être sous-traités à 100 par année à l'échelle provinciale.

Privatisation

La privatisation continue de menacer les soins de santé publics. La Saskatchewan a sous-traité ses services de buanderie. Au Nouveau-Brunswick, la centralisation de ces services entraîne une surcharge de travail pour nos membres. En Ontario, le gouvernement compte élargir le nombre et le champ d'action des cliniques privées. Enfin, en Colombie-Britannique, la poursuite du Dr Brian Day qui s'attaque au système de santé public, menace les fondements mêmes de l'assurance-maladie.

En Alberta et en Ontario, la majorité des soins de longue durée et à domicile sont prodigués par des sociétés privées. La Saskatchewan, comme d'autres provinces, semble aussi s'en aller dans cette direction. On prévoit construire des hôpitaux en partenariat public-privé

La charge de travail constitue un problème majeur pour les travailleurs de la santé. Le travail à effectif réduit est répandu.

Nous réussissons mieux à faire augmenter les primes et les indemnités que les salaires. L'aspect salarial demeure un défi.

(PPP) au Manitoba, en Alberta et en Saskatchewan. L'expérience québécoise en matière d'hôpitaux en PPP est le pire exemple d'une situation constatée dans toutes les provinces (sauf à Terre-Neuve-et-Labrador).

Charge de travail et dotation

La charge de travail constitue un problème majeur pour les travailleurs de la santé. Le Conseil des syndicats d'hôpitaux de l'Ontario (CSHO) a négocié une procédure de grief pour les problèmes de charge de travail. Nos membres employés par les Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) de l'Ontario, qui coordonnent les soins de longue durée et les soins à domicile, ont négocié une clause qui leur permet de soumettre leurs problèmes de charge de travail à un comité patronal-syndical. La convention collective principale du SEH pour 2014-2019 limite le nombre de rotations sur six jours et l'employeur doit prioriser les tâches lorsque l'effectif est incomplet.

Le travail à effectif réduit s'est généralisé dans les foyers de soins personnels manitobains, ainsi que dans les soins de longue durée en Ontario, en Alberta et dans d'autres provinces. Dans une convention collective multisyndicale couvrant la période 2014-2019, les travailleurs en santé communautaire de la Colombie-Britannique doivent composer avec une semaine de travail plus longue et des licenciements continus. En Saskatchewan, au Québec et dans d'autres provinces, on compose avec de nouvelles méthodes de travail qui accélèrent le travail, dégradent les soins et accroissent les risques à la santé et à la sécurité des patients, des résidents et des travailleurs.

Équité

La négociation de clauses d'équité salariale est importante. En janvier 2014, le Québec a remporté une grande victoire dans ce domaine. À Terre-Neuve-et-Labrador, dans la convention collective 2013-2016, les parties ont accepté de nouvelles règles d'évaluation des emplois.

La convention collective conclue en 2010 entre le SEH et Compass force l'employeur à aviser le syndicat des embauches faites par le biais du programme de travailleurs étrangers temporaires. Ces nouveaux membres doivent être informés qu'ils sont représentés par un syndicat et participer à une séance d'orientation dans les 30 jours.

Enjeux spécifiques

Les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées, les ouvriers spécialisés, les techniciens, ainsi que d'autres groupes, ont des préoccupations particulières. Dans une décision récente, la Commission des relations de travail de la Colombie-Britannique a statué qu'on ne peut pas organiser un vote de représentation par classe d'emploi, ce qui empêchera de diviser davantage les travailleurs de la santé par occupation.

Salaires, primes et indemnités

Nous réussissons mieux à faire augmenter les primes et les indemnités que les salaires de base. L'enjeu salarial demeure un défi. On s'attend à un contrôle des salaires au Nouveau-Brunswick et en Ontario. Bonne nouvelle en

Nouvelle-Écosse : le SCFP a réussi à obtenir la parité salariale entre travailleurs ruraux et urbains.



Nos membres qui travaillent dans les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, les soins communautaires subventionnés et les programmes de santé communautaire sont plus susceptibles d'avoir un régime de retraite. Du côté des soins à domicile (fournisseurs publics et privés) et des employeurs privés, la situation laisse à désirer.

Le régime Healthcare of Ontario Pension Plan (HOOPP) couvre la plupart des travailleurs des hôpitaux ontariens. Les employés à plein temps sont obligés d'y cotiser, mais pas ceux à temps partiels ni les occasionnels. Or, grâce à la sensibilisation du SCFP-CSHO, la plupart le font, ce qui aide tous nos membres et le régime dans son ensemble.

En 2000, le SEH, aux côtés d'autres syndicats, a obtenu la gestion mixte

du régime des retraites municipales de la Colombie-Britannique. Ce régime à prestations déterminées calcule les prestations selon les cinq meilleures années de salaire du cotisant (pas nécessairement les cinq dernières). Par contre, comme dans le cas du HOOPP, il n'est pas protégé contre l'inflation.

Le régime de retraite des employés néo-écossais de la santé (NSHEPP) est géré par une commission mixte et il est entièrement capitalisé. Il s'agit d'une grande amélioration, après que les employeurs provinciaux aient puisé 58,5 millions de dollars dans le surplus du régime pour diminuer leur taux de cotisation.

Le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard a forcé l'adoption de modifications à la Caisse de retraite de la fonction publique (CSSF), dont la composante « prestations déterminées » a été réduite. Les membres assument maintenant davantage de risque. Même scénario au Nouveau-Brunswick où, devant de graves difficultés de capitalisation et dans une mesure de dernier recours, les travailleurs d'hôpitaux affiliés au SCFP ont accepté de convertir le régime en régime à prestations cibles.

Alliés

Le SCFP collabore avec la Coalition canadienne de la santé, le Conseil des Canadiens, Médecins canadiens pour le régime public et le Réseau œcuménique des soins de santé. À l'échelon provincial, les divisions du SCFP sont très actives au sein de leurs coalitions respectives. Par exemple, au Québec, la Coalition Solidarité Santé a mené de nombreuses campagnes pour protéger les soins de santé publics. Parmi les autres instituts de recherche et groupes, mentionnons le

Le SCFP a œuvré avec divers alliés d'un océan à l'autre afin de protéger et renforcer notre système de santé public.

Bonne nouvelle pour le secteur : le SCFP a réussi à obtenir la parité salariale entre travailleurs ruraux et urbains en Nouvelle-Écosse.

Centre canadien de politiques alternatives, le Canadian Centre for Social Justice, l'Institut Caledon, l'Institut Parkland, les fédérations du travail, les autres syndicats et le NPD.



Campagne sur l'Accord sur la santé

Dans la plupart des provinces, le SCFP mène des campagnes, en collaboration avec le Conseil des Canadiens, organisant des assemblées populaires pour débattre de notre système de santé public. Le 31 mars 2014, à la date d'expiration de l'Accord sur la santé, le SCFP a participé à une vague nationale de manifestations qui s'est déroulée dans 46 municipalités.

À l'échelle provinciale et locale, le SCFP a œuvré avec divers alliés d'un océan à l'autre afin de protéger et renforcer notre système de santé public.

L'avenir du secteur

Les membres du SCFP œuvrant dans la santé font face à un certain nombre de défis bien identifiés. La croissance démographique et le vieillissement de la population entraînent une hausse de la demande en soins de santé. Sauf que l'augmentation du financement ne suit pas cette hausse de la demande. Nos membres doivent combler le manque

à gagner comme ils le peuvent. Il est essentiel de se battre aux tables de négociation locales et provinciales pour améliorer la dotation en personnel et réduire la charge de travail. En outre, nous avons besoin que chaque province adopte une loi pour fixer un niveau adéquat de dotation en personnel dans les soins de longue durée.

Il faut faire pression sur les provinces pour qu'elles consacrent plus d'argent au financement du personnel et des lits dans les hôpitaux et les autres établissements publics. Les provinces n'ont malheureusement pas confronté le fédéral dans le dossier de l'expiration de l'Accord sur la santé et de la réduction des transferts fédéraux et de la

péréquation. Il nous faut donc collaborer avec les coalitions de la santé et nos autres alliés afin de défendre le financement des soins de santé publics. Nous avons cruellement besoin d'un nouvel Accord sur la santé.

La privatisation, les PPP, la sous-traitance et le retrait des services médicaux de base des hôpitaux menacent la qualité des soins et l'accessibilité des services. Le SCFP a fait la démonstration que la privatisation et les PPP ne font pas économiser d'argent. En fait, ils coûtent plus cher et fournissent des services de qualité inférieure. Nous continuerons à faire de la recherche et de la sensibilisation dans le but de convaincre la population et les décideurs que la meilleure option demeure les soins de santé publics.

Certains tenteront de nous faire abandonner nos régimes de retraite à prestations déterminées. Nous devons mettre nos membres au courant de ce qu'ils risquent de perdre. Nous devons encore mieux communiquer avec nos membres, afin qu'ils se familiarisent avec le SCFP, leur convention collective, leurs avantages sociaux et les occasions qu'ils ont de participer à la vie syndicale.

La croissance démographique et le vieillissement de la population entraînent une hausse de la demande en soins de santé. Sauf que l'augmentation du financement ne suit pas.



Le nouveau scfp.ca : des ressources pour nos membres

- Plus d'information sur votre secteur • Des outils pour vous aider, vous et votre section locale
- Des exemples de réussite de partout au pays • Et beaucoup plus!