



BUDGET DU QUÉBEC 2026-2027 – CONSULTATIONS

Mémoire de la Fédération de la santé et des services
sociaux (FSSS-CSN)

FSSS

La Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS-CSN), affiliée à la Confédération des syndicats nationaux (CSN), est la plus grande organisation syndicale en santé et services sociaux et services de garde éducatifs à l'enfance.

Force reconnue du syndicalisme au Québec, elle compte plus de 140 000 membres dont 80 % sont des femmes, répartis dans plus de 250 syndicats se trouvant sur l'ensemble du Québec.

Depuis sa fondation, la FSSS-CSN agit en faveur d'une société plus équitable, plus démocratique et plus solidaire.

L'année budgétaire 2025-2026

En réaction au discours du budget présenté en mars 2025, la CSN déplorait qu'en déposant un budget austère, le gouvernement de la CAQ demandait aux Québécois-es de s'habituer à des services insuffisants. La FSSS-CSN prévenait notamment, quant à elle, qu'en limitant la croissance des investissements à 3 % pour l'année 2025-26, bien de deçà des coûts de système, le manque à gagner qui en résulterait allait frapper le système de santé et de services sociaux de plein fouet. La FSSS-CSN prévenait aussi que, si la faible croissance annoncée dans le budget 2025-26 pour l'année suivante demeurait fixée à 2 %, la situation continuerait de se dégrader, comme c'est le cas maintenant depuis de trop nombreuses années.

Conséquemment, nous formulons les demandes suivantes :

- Renoncer aux compressions de 1,5G\$ dans le réseau public et à toutes nouvelles mesures d'austérité, ce qui signifie d'accroître les investissements au-delà des coûts de système. La résolution du déficit d'aujourd'hui via des mesures d'austérité dans la composante publique d'un secteur aussi critique que la santé et les services sociaux reviendrait assurément à construire le déficit économique et social de demain, ce que nous ne pouvons pas nous permettre.
- Financer les mesures nécessaires pour déprivatiser le système de santé et de services sociaux et consacrer les économies réalisées au renforcement du réseau public. Parmi ces mesures, on compte notamment le rapatriement du personnel de la santé dans le réseau public, 1 incluant les médecins non participants, la nationalisation des CHSLD privés, la résiliation des contrats de CHU en PPP 2, et la mise en œuvre du virage vers le SAD public 3. Dans l'intervalle, aucun permis ne doit être octroyé pour de nouvelles cliniques privées ni aucun projet de sous-traitance ne doit être initié.
- Compléter le réseau de services de garde éducatifs à l'enfance (CPE, RSGE) pour que chaque enfant ait une place 4.
- Initier un exercice de planification de la main-d'œuvre et des ressources en santé et services sociaux à être tenu avant le budget 2026-2027.

1 Anne Plourde, op. cit.

2 Minh Nguyen, Guillaume Hébert, Devrait-on racheter les PPP du CHUM et du CUSM?, IRIS, octobre 2014

3 Anne Plourde, Louise Boivin, op. cit.

4 Ève-Lyne Coutirier, Philippe Hurteau, Les services de garde au Québec : champ libre au privé, IRIS, avril 2016

- Réinvestir dans les organismes communautaires autonomes conformément aux besoins identifiés par ces derniers.
- Financer les mesures nécessaires pour permettre une sortie de crise rapide en matière d'accès au logement social ⁵, de santé mentale, de dépendance, d'itinérance et de lutte à la pauvreté ⁶.
- Sortir de la complaisance fiscale et procéder à une réforme qui permet de financer les services publics, les programmes sociaux et l'action communautaire autonome et basée sur le principe général de justice fiscale.

En ayant néanmoins fait le choix de l'austérité en santé et services sociaux, mais aussi dans les secteurs des services de garde éducatifs à l'enfance, communautaires autonomes et en matière d'action sur les déterminants sociaux de la santé, le gouvernement de la CAQ a alimenté les risques de fractures sociales, dans un contexte où les nombreuses crises se multiplient, que l'on pense seulement au manque d'accès aux soins et aux services, à l'insécurité alimentaire, au manque de logement social, à l'itinérance et aux enjeux de santé mentale.

Les conséquences de l'austérité sur le terrain

Afin de rendre très concrets les impacts terrain de l'actuel contexte d'austérité, nous avons fait un appel à nos membres sur le terrain en leur demandant de décrire comment le manque de financement se traduit concrètement. Vous trouverez ici quelques exemples de ce qu'entraînent les choix budgétaires faits par votre gouvernement.

Impacts sur les services de garde et la petite enfance

Le sous-financement dans ce secteur fragilise la mission éducative et la sécurité des milieux de vie dès le plus jeune âge.

Détérioration des infrastructures et de la pédagogie

Le manque de budget empêche l'aménagement de cours extérieures sécuritaires, limitant les sorties et les activités pédagogiques en plein air.

Insuffisances pour les besoins particuliers

Les ressources financières et humaines manquent cruellement pour accompagner adéquatement les enfants ayant des besoins particuliers.

Crise de la main-d'œuvre et perte de qualification :

- Les salaires insuffisants poussent le personnel qualifié vers le secteur privé (ex.: commerce de détail), aggravant la pénurie.
- Le recours à des projets de formation rapide et à du personnel sans expérience ni formation adéquate (faute de pouvoir attirer des diplômés du DEC) diminue la qualité éducative et provoque une surcharge de travail qui mène à l'épuisement.
- Le personnel formé s'épuise, car il doit soutenir les employés non qualifiés tout en gérant des groupes d'enfants aux besoins croissants.

⁵ FRAPRU, op. cit

⁶ Lyne Couturier, Guillaume Tremblay-Boily, op. cit.

Menaces sur les services en milieu familial (RSGE) :

- L'augmentation du coût de la vie dépasse largement les subventions accordées, menant à la fermeture de nombreux services.
- La réduction de certains incitatifs financiers pour l'ajout de places force l'abolition de postes d'assistantes et réduit l'offre de places pour les familles.

Impacts sur la sécurité et la dignité des soins de santé

Le manque d'investissements affecte la surveillance des usagers et l'humanisation des soins.

Surveillance et sécurité compromises :

- En psychiatrie et en psychogériatrie, le manque de ressources humaines empêche la surveillance constante de patients à haut risque. Cela a mené à des fugues et à des chutes graves (traumatismes crâniens).
- Dans certaines résidences, le changement de catégorie administrative pour éviter de payer des primes de soins entraîne une baisse d'effectifs face à une clientèle pourtant lourde, augmentant les risques d'accident.
- Dans les RPA, la formation est très limitée et l'accès à un professionnel difficile, voire inexistant.

Dégradation des soins de base :

- L'augmentation des ratios (passant parfois de 1 préposé pour 9 patients à 1 pour 13) empêche la réalisation de tâches essentielles : bains non faits, premiers levers négligés et tournées de surveillance incomplètes.
- Le manque de temps mène à une déshumanisation des soins, où l'établissement d'une relation d'aide devient impossible.

Alimentation et nutrition :

- En hébergement, le manque d'effectifs empêche d'aider les résidents à manger à leur rythme; de la nourriture coûteuse est jetée alors que des résidents n'ont pas mangé à leur faim.
- Par souci d'économie, les protéines animales sont remplacées par des protéines végétales texturées (PVT) moins appréciées, réduisant la satisfaction et le réconfort des repas.
- Le manque d'équipements fonctionnels (ex.: micro-ondes en panne) impose des attentes de 20 à 25 minutes pour les repas du personnel.

Impacts sur l'accès aux services et l'organisation du travail

Le sous-financement génère des ruptures de services et une désorganisation administrative coûteuse.

Ruptures de services en région :

- La fermeture de services spécialisés (ophtalmologie, oncologie) force des populations vulnérables et vieillissantes à parcourir de longues distances, augmentant le stress et les risques de rupture de soins.
- Certaines urgences locales ferment la nuit de façon récurrente, privant la population d'un accès 24/7.

- La fermeture de plateaux de travail pour les usagers en réadaptation (DI-TSA) cause un isolement social et force parfois des familles à un placement hâtif de leur enfant faute de soutien.

Désorganisation administrative et technique :

- Le gel d'embauche dans le personnel non clinique cause des bris de services à la réception et surcharge les équipes restantes.
- L'abolition de postes de techniciens en administration force des agentes de classes inférieures à absorber des tâches complexes (rapports, logistique), augmentant le risque d'erreurs et de retard.
- Le manque de personnel administratif oblige parfois des gestionnaires à accomplir des tâches de bureau (prise de rendez-vous) plutôt que de gérer.

Privatisation et coûts cachés :

- Le sous-financement de la maintenance a forcé la privatisation de services de buanderie. Cela a entraîné des quotas sur le linge propre (serviettes, jaquettes) et l'utilisation de sacs plastiques jetables au lieu de sacs réutilisables.
- En radiologie, les coupures de postes d'assistants techniques allongent les délais d'attente, poussant les patients vers le secteur privé.

Impacts sur la santé et la sécurité des travailleurs

Le personnel subit de plein fouet les conséquences des compressions, ce qui alimente le cercle vicieux de la pénurie.

Surcharge et épuisement :

Le non-remplacement systématique des absences (maladie, vacances) crée une surcharge chronique et de la détresse psychologique, menant à de nombreux arrêts de travail pour épuisement.

Climat de travail tendu :

Le manque de temps et de ressources génère des tensions entre les équipes de différents quarts de travail et entre les différents corps de métier (ex.: technologues et assistants).

Sécurité physique des employés :

Certains bureaux administratifs en milieux psychiatriques ne sont pas sécurisés face à une clientèle imprévisible, mettant les employés en danger quotidiennement.

Pénalités financières :

Pour le personnel itinérant (soins à domicile), les taux de remboursement kilométrique diminuent après un certain seuil, alors que les coûts d'essence et d'entretien demeurent élevés, pénalisant les travailleurs les plus actifs.

L'austérité comme frein structurel à l'amélioration durable du système de santé

L'exemple de la stabilité et du recours à la sous-traitance

Les compressions budgétaires actuelles entraînent un « retour en arrière » qui contredit les objectifs gouvernementaux initiaux, notamment en ce qui concerne la main-d'œuvre indépendante (MOI) et la stabilité des postes.

Bien que le gouvernement ait affiché une volonté d'éliminer la main-d'œuvre indépendante (MOI) pour favoriser des postes permanents à temps complet, les restrictions budgétaires imposées par Santé Québec provoquent l'effet inverse.

Pour atteindre l'équilibre financier, Santé Québec impose des gels d'embauche et des réorganisations qui privilégient la flexibilité à court terme. Au lieu de créer des postes stables, les établissements sont contraints de supprimer des postes à temps complet ou de transformer des postes vacants en besoins ponctuels, ce qui fragilise la rétention du personnel.

Les compressions dans les postes de PAB ou d'auxiliaires aux services de santé et sociaux (ASSS), ou dans les services de soutien (comme la buanderie ou l'entretien), poussent les établissements vers le secteur privé. Ce recours à la sous-traitance est un recul majeur, car il transfère des fonds publics vers des entreprises privées tout en perdant le contrôle sur la qualité et l'expertise interne.

Pourtant, l'objectif était de ramener les travailleurs dans le réseau public. Or, l'austérité entraîne à nouveau une dynamique de dégradation des conditions de travail (surcharge, manque de soutien administratif), de difficulté pour les personnes à obtenir des postes à temps complet de qualité, ce qui incite les personnes à retourner vers les agences ou à quitter le réseau. Le manque de personnel généré par ces compressions oblige, ultimement, les gestionnaires à utiliser de nouveau la MOI pour assurer les services minimaux.

Par exemple, À Laval⁷, une réorganisation touche plus de 450 postes, principalement dans les secteurs administratifs et de soutien. Bien que l'employeur promette de limiter les licenciements, la suppression de postes vacants réduit la capacité de soutien aux équipes cliniques.

Santé Québec est peut-être proche de l'équilibre financier, mais ce succès comptable est le résultat de directives strictes qui forcent les établissements à "faire plus avec moins". Cette pression financière empêche les investissements nécessaires pour stabiliser les équipes. Finalement, les économies réalisées seront annulées par les coûts supplémentaires générés par ce qui est décrit ci-haut.

Sur le plan humain, les employés se sentent traités comme des numéros sur une feuille de calcul. Cette approche nuit à l'attractivité du réseau public, facilitant indirectement le retour vers la main-d'œuvre indépendante ou le privé pour ceux qui cherchent de meilleures conditions.

En somme, les compressions budgétaires agissent comme un frein structurel : en voulant réaliser des économies à courte vue, le gouvernement sabote ses propres politiques, par exemple celle qui visait l'élimination de la MOI. Le manque de stabilité, les lacunes dans la planification, le recours accru à la sous-traitance créent un environnement de travail si instable que le réseau public perd sa capacité à être un employeur de choix, provoquant un cercle vicieux de désengagement et de privatisation.

⁷ <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2224409/finances-reorganisation-laval-sante-quebec>

L'exemple de la nouvelle Politique nationale en SAD : Une gestion budgétaire à courte vue ⁸

Le sous-financement actuel empêche le Québec de prendre le véritable virage vers les soins à domicile (SAD) dont il a besoin. La volonté gouvernementale de déléguer massivement ces services aux entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD) illustre plutôt une volonté de l'État de se décharger de ses responsabilités cliniques et financières. Bien que justifiée par un coût horaire apparemment moindre, cette approche relève d'une vision comptable étroite, comme le souligne l'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS) ⁹.

En réalité, cette politique perpétue un modèle de type « patchwork » public-privé qui multiplie les structures administratives et entraîne des conséquences néfastes :

Une fausse économie et un fardeau transféré aux citoyens

Le financement actuel, basé sur des crédits d'impôt et des exonérations complexes (PEFSAD), pénalise les personnes les plus vulnérables. Le sous-financement public force les familles à compenser par l'achat de services privés, incluant en résidence pour âgés (RPA), et rien n'indique que la nouvelle prestation prévue compensera ces coûts. Loin d'être une économie pour la société, il s'agit d'une véritable taxe sur le handicap et le vieillissement.

La création d'une nouvelle dépendance (le piège de la MOI)

En confiant des pans entiers du SAD au privé, le gouvernement s'expose au même problème qu'avec les agences de placement. Le réseau public perdra progressivement son expertise interne — notamment celle des auxiliaires aux services de santé et sociaux (ASSS) — et deviendra l'otage de sous-traitants qui pourront imposer leurs tarifs et conditions.

La déqualification de la main-d'œuvre

Alors que les ASSS du secteur public détiennent un DEP et une formation clinique, les services sont transférés vers du personnel largement moins formé au sein des EÉSAD dans le but de réduire les coûts. Cette déqualification compromet directement la sécurité des soins, notamment pour les personnes âgées dont les profils de perte d'autonomie sont de plus en plus lourds.

Le travail en silo au détriment de la prévention

Dans le réseau public, l'intervenant fait partie d'une équipe multidisciplinaire (médecin, infirmière, travailleur social). En sous-traitant à l'externe, on crée des silos : l'employé de l'EÉSAD n'a pas accès au dossier clinique et au soutien de l'équipe. Il lui est donc difficile de rapporter efficacement les changements subtils dans l'état de l'usager, ce qui retarde les interventions et conduit ultimement à des hospitalisations coûteuses.

La recherche est claire : seul un programme universel public, intégrant les soins médicaux et l'assistance personnelle (AVQ), permettrait de réaliser de réelles économies d'échelle et de garantir des soins basés sur les besoins cliniques plutôt que sur la capacité de payer. Un investissement massif dans un tel programme est le seul moyen de freiner l'explosion des coûts d'hébergement et d'hospitalisation, tout en évitant une nouvelle crise de dépendance à la sous-traitance.

En somme, au nom d'économies à courte vue, cette politique compromet l'efficacité globale du SAD dont dépend le rendement global du système de santé tout entier. Le recours aux EÉSAD n'est pas un virage vers le

⁸ <https://fsss.qc.ca/nouvelle-politique-nationale-de-soutien-a-domicile-des-mesures-qui-fragiliseront-encore-plus-le-reseau-public/>

⁹ 9 Anne Plourde, Louise Boivin, op. cit.

domicile, mais un désengagement financier et de responsabilité. Il en va de même dans le domaine des services de garde éducatifs à l'enfance. Le manque de financement et de volonté politique limite le développement de CPE et la mise en place d'un réseau qui réponde enfin à l'ensemble des besoins.

Cela traduit le manque de vision du gouvernement.

L'urgence : une fiscalité plus progressive pour renforcer notre filet social

Le cycle d'austérité dans lequel nous plonge encore une fois le gouvernement caquiste, à l'instar d'autres gouvernements avant lui, n'est pas une fatalité. Pour financer adéquatement le filet social, il est tout à fait possible de mettre en place une politique audacieuse destinée à rehausser les revenus du gouvernement tout en garantissant une meilleure distribution de la richesse. En ce sens, nous joignons notre voix à celle de la Coalition Main rouge, qui met de l'avant plusieurs mesures fiscales progressives qui permettraient de financer adéquatement la santé, les services sociaux et les services de garde éducatifs à l'enfance, tout en réinvestissant dans l'ensemble des services publics et les programmes sociaux ainsi que dans la mission des groupes d'action communautaire autonome.

DES SOLUTIONS CONCRÈTES POUR 20 MILLIARDS \$ DE REVENUS

Afin de sortir de la logique d'austérité et de financer adéquatement le filet social, la Coalition Main rouge a mis à jour ses *Alternatives fiscales*. Ces six mesures progressives permettraient à l'État de récupérer 20,19 milliards \$ annuellement en ciblant la richesse concentrée et l'équité fiscale.

- **Instaurer un impôt sur la fortune du 1 % (+ 6,5 G\$)**

Mise en place d'un impôt progressif sur l'actif net (patrimoine) qui ne toucherait que les ménages ayant une fortune nette supérieure à 4 millions \$.

- **Réviser les paliers d'imposition (+ 3,3 G\$)**

Refonte de la table d'impôt pour accroître la progressivité (ajout de paliers pour les hauts revenus) sans augmenter la contribution des personnes gagnant moins de 53 254 \$.

- **Abolir l'inclusion partielle du gain en capital (+ 2,35 G\$)**

Fin de l'avantage fiscal permettant d'exempter d'impôt 50 % des profits boursiers et immobiliers spéculatifs. L'exemption pour la résidence principale demeure protégée.

- **Rétablir la taxe sur le capital des financières (+ 2,88 G\$)**

Réinstauration d'une taxe de 1 % sur le capital des banques et compagnies d'assurance, dont les profits ne dépendent pas de la même logique d'investissement productif que le secteur manufacturier.

- **Faire le ménage dans l'aide fiscale aux entreprises (+ 2,16 G\$)**

Élimination de dépenses fiscales coûteuses, notamment le crédit pour gains en capital des entreprises et les reports d'impôt indéfinis.

- **Lutter contre les paradis fiscaux (+ 3 G\$)**

Récupération estimée des pertes fiscales du Québec liées à l'utilisation des paradis fiscaux par les grandes fortunes et les multinationales.

Total des nouveaux revenus potentiels : 20,19 G\$

L'accroissement des inégalités au Québec ne provient pas d'un manque de productivité des travailleuses et travailleurs, mais d'une déconnexion profonde entre la taxation des revenus du travail et celle de la richesse accumulée.

Actuellement, le régime fiscal québécois impose 100 % des revenus salariaux, alors qu'il n'impose que 50 % des revenus issus du gain en capital. Cette « double norme » est discriminatoire : elle favorise une minorité de contribuables très fortunés qui tirent l'essentiel de leurs revenus de l'immobilier ou de la bourse, plutôt que d'un salaire. Comme le souligne Thomas Piketty¹⁰, lorsque le rendement du capital excède la croissance économique, les richesses héritées et accumulées croissent plus vite que les revenus du travail, menant inévitablement à une concentration extrême de la richesse.

L'instauration d'un impôt sur l'actif net du 1 % permettrait de capter une partie de cette richesse dormante pour la réinjecter dans le filet social. Cette mesure ne toucherait que les actifs nets supérieurs à 4 millions \$, épargnant ainsi 99 % de la population tout en générant 6,5 milliards \$ par année.

Capter la richesse là où elle se concentre réellement — dans le capital et le patrimoine — est la seule avenue pour rétablir une véritable équité fiscale et freiner l'érosion de nos services publics.

Conclusion

Pour conclure, nous réitérons donc les demandes que nous avons formulées dans notre mémoire prébudgétaire pour l'année 2025-26. Plus particulièrement, pour l'année 2026-27, nous appelons vivement à :

- Procéder à une révision complète de la fiscalité, dans le but de dégager les sommes requises pour un réinvestissement massif dans le filet social du Québec, et pour réduire les inégalités.
- Renoncer à toute mesure d'austérité pouvant limiter la capacité du système de santé et services sociaux, des services de garde éducatifs à l'enfance, des organismes communautaires autonomes. Conséquemment, les investissements doivent minimalement couvrir les coûts de système.
- Investir, dans ces secteurs, les sommes supplémentaires nécessaires permettant de répondre aux besoins de la population.
- Investir les sommes supplémentaires requises pour agir efficacement sur les déterminants sociaux de la santé, notamment en matière de revenu et de logement social.

¹⁰ Piketty, T., *Le Capital au XXI^e siècle*, Paris, Éditions du Seuil, 2013