



Vol. 12, no 1, mars 2001

Actualités

JOURNAL DE LA FIIO

Des problèmes
cruciaux...
des actions
prioritaires

Dossier
Commission
Clair

Entrevue

Un réseau
en constante
mouvance

Solidarité

Le peuple
haïtien
poursuit sa lutte

Une prise
de conscience
importante

Un 8 mars en
continuité
avec la
Marche
Mondiale

Plus que jamais

8
mars
2001



fortes
et déterminées

Sommaire

En contact

Des problèmes cruciaux... des actions prioritaires **3**

Actualités

Vol. 12, no 1, mars 2001

FIIQ Actualités, journal de la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ), est publié trois fois par année et distribué en 45 000 copies.

■ Conception et écriture :

Comité Journal :
Michelle Choquette
Marielle Ruel

Conseillères au service
Communication-Information :

Danielle Couture
Micheline Poulin

Responsable politique :
Régine Laurent, secrétaire

■ Collaboration :

Conseillères :
Lucille Auger
Richard Beaulé
Marie-Andrée Comtois
Lucie Girard
Thérèse Laforest
Lucie Mercier
Hélène Tanguay

■ Secrétariat :

Céline Bourassa

■ Conception graphique :

Josée Roy, graphiste

■ Photographie :

Jacques Lavallée

■ Impression :

Caractéra

ISSN 1203-9829

Les fardeaux de tâche... il faut s'en occuper **4**



Condition féminine

8 MARS 2001
Un appel pressant à demeurer fortes et déterminées **5**

La reconnaissance de la valeur des emplois : une lutte sur tous les fronts **6**

Dossier spécial

Commission Clair



Une démarche qui implique tout le monde **7**

Rappel du mandat **7**

Une équipe : différentes expertises **7**

Entrevue

Un réseau en constante mouvance **8**



Solidarité



Stage au Mexique
Une prise de conscience importante **10**

Le peuple haïtien poursuit sa lutte **11**

Pensons Pension **12**



En page couverture
Photo : Jacques Lavallée,
Marche Mondiale
des femmes

Attention - Attention

Votre revenu d'emploi annuel brut est-il supérieur à 50 500 \$ pour l'année 2000 ? Lorsqu'une infirmière est victime d'une lésion professionnelle donnant droit à l'indemnité de remplacement du revenu (I.R.R.) versée en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, l'article 23.19 c) de la convention collective prévoit que l'employeur doit lui verser 90 % de son salaire net jusqu'à la date de consolidation de sa lésion. Or, le calcul de l'I.R.R., effectué selon la loi, est basé sur le revenu d'emploi, annuel, brut, jusqu'à concurrence du maximum annuel assurable de 50 500 \$ pour l'année 2000. Si son salaire est supérieur à ce maximum, l'employeur doit alors combler la différence entre l'indemnité à laquelle elle a droit en vertu de la convention collective et celle versée en application de la loi.

Il est important de bien vérifier son talon de paie !

Des problèmes cruciaux... des actions prioritaires

La FIIQ participera activement cette année à la mise en place de solutions à la surcharge de travail, à la pénurie, à la montée de la violence au travail ainsi qu'à tout mettre en œuvre pour forcer le gouvernement à procéder à une évaluation des emplois sans biais sexiste. Des dossiers importants occuperont temps et énergie de la Fédération. Que l'on songe aux transformations du réseau qui seront suscitées par les recommandations de la *commission Clair* ou encore au *Sommet des peuples* qui appelle les forces progressistes à résister aux impacts négatifs de la mondialisation. Que l'on songe également à la démarche exploratoire qu'a entreprise la FIIQ auprès de la FTQ pour étudier les possibilités d'un rapprochement structurel entre nos deux organisations. De plus, des enjeux importants sont actuellement débattus au Forum national sur la planification de la main d'œuvre en regard de la pénurie d'infirmières qui pourrait, s'y rien de concret n'est fait, devenir une crise majeure pour le réseau de la santé et pour l'accessibilité aux services de santé pour la population québécoise.



Des engagements ministériels s'imposent

Au cours des dernières années, alors que les attentes et les besoins en soins infirmiers se sont intensifiés, le réseau de la santé enregistre une diminution importante de main-d'œuvre infirmière. La FIIQ a dénoncé à plusieurs reprises l'absence évidente de planification gouvernementale concernant cette main-d'œuvre et a réclamé que le gouvernement mette rapidement en place des mécanismes pour assurer une véritable planification des besoins quantitatifs et qualitatifs de personnel infirmier.

À l'automne 1999, le ministre de la Santé et des Services sociaux, mettait sur pied le *Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière*, forum auquel la FIIQ s'est immédiatement associée à l'invitation de la ministre. Le 25 janvier 2001, ce forum déposait à la ministre son volumineux rapport et un plan d'action fort détaillé pour remédier au diagnostic alarmant et inquiétant qu'il posait en ce qui a trait aux besoins de main-d'œuvre infirmière. Quel était ce diagnostic? « À défaut de former environ 1000 infirmières de plus à chaque année, on projette en 2015 une pénurie d'environ 17 500 infirmières par rapport aux besoins. » Comment en sommes-nous arrivés à une telle situation alors qu'au milieu des années 90 les décideurs du réseau affirmaient qu'il y avait alors un surplus d'effectifs infirmiers?

S'il n'y a aucun changement important dans l'organisation du travail et les pratiques

professionnelles actuelles, dans les facteurs d'attraction pour cette profession et de rétention du personnel en place, le rapport du Forum indique que « la pénurie actuelle d'infirmières, au lieu de se résorber, continuera de s'accroître, ce qui entraînera une crise majeure ».

Depuis plusieurs années, la FIIQ alerte l'ensemble des intervenant-e-s du réseau sur l'importance d'agir sur ces facteurs. Ce fut particulièrement le cas lors de la dernière négociation. Ce qui est nouveau, c'est que l'ensemble des acteurs du réseau partagent maintenant notre point de vue. La FIIQ a sans relâche insisté pour que ce plan d'action dépasse les généralités et les vœux pieux, qu'il soit à ce point détaillé pour permettre à tous les acteurs concernés d'être clairement informés des objectifs visés, des résultats attendus, des actions à initier pour les atteindre.

Plusieurs de ces stratégies et actions retenues par le Forum ont été suggérées dans un document de travail préparé et soumis par la FIIQ dans le cadre des travaux du Forum. D'ailleurs, le contenu de ce document reflétait fidèlement les problèmes et les solutions soulevés par les infirmières lors de la consultation négociation.

Tous les membres du Forum ont clairement indiqué aux décideurs du MSSS qu'à moins de mettre en place un plan d'action énergique supportant la collaboration et l'implication de tous-tes les intervenant-e-s concerné-e-s, « la situation de la main-d'œuvre infirmière, déjà difficile, le deviendra encore plus, compromettant la capacité des établissements de main-

tenir l'accessibilité aux soins et la qualité des services ».

Afin d'assurer sur une base continue une véritable planification des effectifs infirmiers, un partenariat s'impose à tous les niveaux : national, régional, local. Toutefois, l'acteur déterminant pour la réussite de ce plan d'action est sans contredit la ministre de la Santé et des Services sociaux. C'est pourquoi, lors du dépôt du rapport sur la planification de la main-d'œuvre infirmière et de son plan d'action, les membres du Forum ont formellement demandé à la Ministre « un engagement clair, politique et financier, pour soutenir ce plan d'action et sa mise en œuvre ».

Dès le début et tout au long des travaux menés par le Forum, la FIIQ s'est impliquée à fond. L'apport majeur de la FIIQ dans ce dossier témoigne de son appui, de sa collaboration et de son expertise. Les infirmières peuvent-elles, compter sur le même appui de la part de la ministre, sur sa garantie d'exercer ses responsabilités en ce domaine, sur un engagement clair politique et financier de sa part pour l'atteinte des objectifs clairement précisés dans ce rapport?

Le ministère doit comprendre que la situation est cruciale et qu'un véritable coup de barre s'impose. Faut-il le rappeler, la contribution des infirmières est essentielle au fonctionnement du système de santé au Québec.

A handwritten signature in black ink, which appears to read "Jennie Skene".

Jennie Skene
Présidente

Les fardeaux de tâche... il faut s'en occuper

Depuis sa création, la FIIQ s'est montrée préoccupée par le problème de fardeau de tâche des infirmières. Face à la prolifération réelle de ce problème au cours des dernières années, cette préoccupation s'est amplifiée.

Dans ce contexte, il est heureux de constater que les modifications apportées à l'article 40 de la nouvelle convention collective viennent renforcer le pouvoir d'intervention et de règlement des infirmières en ce domaine. En effet, plusieurs équipes locales qui se sont prévaluées jusqu'à maintenant des dispositions de cet article ont obtenu des gains intéressants pour remédier à la présence de fardeaux de tâche dans leur établissement. Ces gains se sont concrétisés par des ajouts d'infirmières dans certains cas, parfois par l'ajout d'autres catégories de personnel, ou encore par des aménagements à l'organisation du travail.

À n'en point douter, de tels gains sont dus non seulement à la détermination des équipes locales concernées mais aussi au travail gigantesque qu'elles ont souvent eu à effectuer pour y arriver. Ces équipes peuvent témoigner des difficultés rencontrées lorsqu'il s'est agi de monter la preuve pour démontrer l'existence d'un fardeau de tâche dans leur établissement, de démontrer ce fardeau, de dégager des pistes de solution pour y remédier et de voir à l'application des solutions retenues.

Plusieurs équipes locales se sont attaquées aux problèmes de fardeau de tâche et des décisions favorables ont été ainsi rendues par un arbitre dans plusieurs établissements : à l'Hôtel Dieu de Sorel, à l'Hôpital Laval, à

l'Hôtel Dieu de Québec, à l'Hôpital de Montmagny et au CH régional de Rimouski. D'autres fardeaux de tâche ont été réglés directement au niveau du comité des soins infirmiers (CSI), soit à l'Institut de cardiologie de Montréal, à l'Hôpital général de Montréal, au CHUM-Pavillon St-Luc et au CHUM-Pavillon Hôtel Dieu. Pendant que d'autres étaient résolus devant une personne-ressource, c'est le cas à l'Hôpital St-Mary's et à l'Hôpital Charles-Lemoyne.

À Charles-Lemoyne

Deux départements ont obtenu gain de cause devant une personne-ressource : le département de neurochirurgie et de neurologie ainsi que le département d'orthopédie et de chirurgie générale. Dans les deux cas, de nombreuses heures ont été investies pour élaborer les dossiers de fardeau de tâche. Selon Sylvie Coutu, infirmière au département de neurochirurgie-neurologie qui a travaillé dans ce dossier, « il a fallu y mettre les énergies, mais cela en a valu la peine ». Après entente, 2 postes d'infirmière à temps complet, 4 postes d'infirmière à temps partiel, 3 postes de préposé-e aux bénéficiaires à temps complet et 4 à temps partiel ont été affichés pour les 3 quarts de travail. De plus, du matériel a été ajouté, tel que : un appareil à succion et un débitmètre à oxygène dans chaque chambre, des thermomètres supplémentaires, des chariots unidose, des chaises d'aisance, des fauteuils gériatriques... Quant au département d'orthopédie-chirurgie générale, Carole Miron, infirmière impliquée dans le dossier, considère que des pas ont été faits : 4 postes d'infirmière et 3 postes de préposé-e aux bénéficiaires ont été affichés

pour les 3 quarts de travail. Par contre, afin de mieux répondre aux besoins des infirmières travaillant de soir et de nuit, les parties ont convenu de revoir l'entente, au printemps, lors d'un CSI.

Les rencontres avec l'employeur concernant les fardeaux de tâche ont permis d'aborder plusieurs problématiques dans l'organisation du travail et un certain nombre de demandes ont été réglées avant de rencontrer la personne-ressource. Un exercice qui en vaut la peine.

Des sessions de formation

Fort préoccupée par les difficultés rencontrées pour faire la preuve de la présence d'un fardeau de tâche, la FIIQ a développé une formation thématique portant sur cette question. Toutes les informations jugées essentielles à l'élaboration d'un dossier de fardeau de tâche y sont abordées. En effet, au terme d'une telle formation, les participantes sont en mesure de savoir ce qu'on entend par un réel fardeau de tâche, de circonscrire l'ensemble des composantes de la tâche et de la charge de travail, de connaître les critères retenus par la jurisprudence pour établir la preuve de l'existence d'un fardeau de tâche, de procéder à la cueillette des données pertinentes pour monter la preuve, de dégager des pistes de solution pour y remédier et, finalement, d'assurer le suivi des solutions retenues.

Avant de terminer, on ne saurait trop insister sur l'importance des CSI dans le règlement des fardeaux de tâche. En vertu de l'article 40 de la convention collective, il



revient au CSI de se pencher, entre autres, sur les plaintes en fardeau de tâche. Il est donc important et urgent de mettre sur pied des CSI dans tous les établissements et d'utiliser de tels comités, autant que faire se peut, non seulement pour remédier à toute plainte de fardeau de tâche mais pour y traiter également de toute question se rapportant directement aux soins infirmiers, aux problèmes d'organisation du travail.

Plusieurs infirmières sont actuellement confrontées à une charge de travail excessive et dans un contexte de pénurie d'infirmières, il y a tout lieu de croire que ce problème ira en s'accroissant si des solutions appropriées et durables ne sont pas rapidement mises de l'avant. La présence de fardeaux de tâche a certes une incidence sur l'attraction et la rétention des infirmières dans le réseau de la santé. C'est pourquoi, face à un problème de fardeau de tâche, il faut non seulement s'en préoccuper mais aussi et surtout s'en occuper.

Thérèse Laforest, conseillère
Secteur Tâche et
Organisation du travail



Un appel pressant à demeurer fortes et déterminées

8 mars 2001

régions pour se terminer dans le grand rassemblement du 14 octobre. Le gouvernement pense peut-être s'en être tiré en distribuant des miettes, particulièrement au chapitre de la pauvreté, mais les demandes des femmes sont toujours sur la place publique et tôt ou tard, il devra y faire face.

Quel défi que d'arriver à susciter une mobilisation aussi large pour dénoncer la pauvreté et les violences faites aux femmes! Ce défi, le mouvement des femmes du Québec l'a relevé d'une façon extraordinaire lors du grand rassemblement du 14 octobre dernier. Mais susciter une telle mobilisation n'est pas magique. Elle repose sur un travail d'éducation populaire intense, effectué sans relâche, à travers tout le réseau des femmes du Québec, depuis plus de trois ans.

Quand les femmes se lèvent debout, en colère, déterminées à aller jusqu'au bout, et qu'elles l'expriment avec autant de dignité, les choses changent pour chacune d'elles et pour l'ensemble des femmes. Et alors la force qui se dégage d'une telle mobilisation fait en sorte que le mouvement des femmes devient incontournable. C'est là le gain le plus important que les Québécoises ont obtenu à la suite de toutes les marches qu'elles ont effectuées, à travers toutes les

Les femmes portent toujours au cœur le rêve de la *Marche mondiale*, celui d'un monde sans faim et sans peur. Ce qu'on a entrepris est une lutte colossale, celle de s'attaquer à la mondialisation qui ne reconnaît que le profit au détriment des personnes et du respect de leurs droits. Une telle lutte ne se gagne pas du jour au lendemain. Cela, toutes les femmes des 161 pays qui ont participé à la *Marche mondiale* le savent. Et ce n'est pas l'attitude méprisante des gouvernements qui va arrêter les femmes. Nous continuerons à marcher, de tous les coins de la planète, avec nos revendications adaptées à nos réalités culturelles. Le travail de sensibilisation autour de la question de la mondialisation et de son impact sur les femmes va se poursuivre et s'intensifier parce qu'on refuse dorénavant de vivre dans de telles inégalités. Que peut, à long terme, un gouvernement devant une telle entreprise de sensibilisation!

Comme on vient de le voir, les femmes se sont élevées contre les effets néfastes de la mondialisation. C'est aussi ce qu'à fait la Fédération à son congrès de 1998 en démontrant comment ce phénomène avait un impact sur le quotidien des infirmières et les touchait comme professionnelles de la santé, comme tra-

vailleuses syndiquées et comme femmes. Les menaces de privatisation de certains services sont bien réelles. Comme le soulignait le dépliant du 8 mars, de plus en plus, les préoccupations économiques prennent le pas sur les soins. Chaque geste posé, chaque analyse faite sont regardés sous un angle monétaire. On constate entre autres une généralisation de la pénurie du personnel soignant et une persistance de la précarité qui ont des effets sur les services de santé.

Avec la Journée internationale des femmes, le mouvement des femmes souhaite poursuivre le travail de sensibilisation déjà amorcé. Avec le thème, il mise sur la détermination des femmes de tous les milieux à poursuivre la lutte et à participer, dans une grande solidarité, à d'autres mobilisations, dont le *Sommet des peuples* qui aura lieu en avril prochain. Ce sommet précédera le *Sommet des Amériques* auquel participeront 34 chefs d'État qui discuteront d'une zone de libre-échange des Amériques. Plusieurs indices laissent croire que la commercialisation de l'éducation et des soins de santé est à notre porte d'où l'importance d'une mobilisation des infirmières.

« Nous ne reviendrons jamais en arrière. Nous sommes inflexibles, inébranlables, immortelles et dorénavant incontrôlables. Notre révolution est irréversible. Qu'on se le tienne pour dit. »

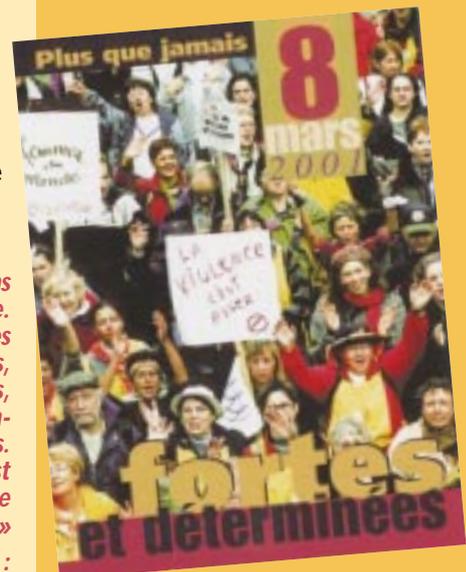
Hélène Pedneault : Manifeste dans le cadre de la Marche mondiale des femmes.

Profitons du 8 mars pour nous sensibiliser :

- à la question des effets de la mondialisation sur nos conditions de vie et de travail comme travailleuses, infirmières et femmes;
- aux moyens à prendre pour faire savoir aux gouvernements : qu'ils doivent nous rendre des comptes sur ce qui se passe, que les services publics ne sont pas une marchandise et que ceux-ci doivent rester hors du champ de la commercialisation.

Dans les suites de la Marche mondiale, participons nombreuses aux activités du Sommet des peuples.

Lucie Girard, conseillère Secteur Condition féminine



La reconnaissance de la valeur des emplois: une lutte sur tous les fronts

Depuis sa fondation, la FIIQ a toujours fait de la reconnaissance de la valeur des emplois d'infirmière et d'infirmière bachelière une de ses priorités. En effet, la première négociation menée par la FIIQ en 1989 a permis un réajustement de 9,2 %, au sommet de l'échelle, du salaire des infirmières et l'introduction du titre d'emploi d'infirmière bachelière, avec une échelle salariale distincte. Celle qui s'est terminée, il y a maintenant un an, a permis de nouveaux ajustements salariaux tant pour les infirmières que pour les infirmières bachelières et le versement d'un montant forfaitaire de 3 % pour la période du 1 avril 1999 au 31 mars 2000.

Présentement, la FIIQ poursuit ses travaux avec le Conseil du trésor afin de procéder à l'évaluation des emplois d'infirmière et d'infirmière bachelière et ainsi, pouvoir les comparer avec les autres emplois des secteurs public et para-public. Ces travaux sont d'ailleurs prévus à la convention collective.

Dans le but de déterminer la valeur des emplois et leur rémunération, le gouvernement du Québec a mis en place, à la fin des années 80, un programme de relativité salariale. L'objectif de ce programme est d'établir la valeur relative des emplois et de comparer leur rémunération. Le Conseil du trésor a soumis ce programme à la Commission de l'équité salariale (CES) et a demandé à cette instance de déclarer que son programme est réputé être établi conformément à la Loi sur l'équité salariale.

La FIIQ, à l'instar d'autres organisations syndicales du Québec, a fait valoir à la CES que le programme gouvernemental ne satisfaisait pas aux obligations de la Loi sur l'équité salariale. La Commission n'a pas retenu ces arguments et a décidé que ce programme était conforme à la loi, à l'exception du mode d'estimation des écarts salariaux qui a été jugé discriminatoire.

Cette décision, la FIIQ entend bien la contester devant les tribunaux. Toutefois, cela ne signifie pas pour autant que la FIIQ cesse ses travaux ou accepte de procéder à l'évaluation des emplois d'infirmière et d'infirmière bachelière avec l'outil gouvernemental. Les travaux entrepris avec le Conseil du trésor se poursuivent toujours et la FIIQ continuera donc de réclamer que la démarche d'évaluation des emplois actuellement en cours se fasse dans le respect des principes prévus par la Loi sur l'équité salariale.

La décision de la CES ne signifie pas, non plus, que la politique de rémunération du gouvernement du Québec n'est pas discriminatoire à l'égard des emplois à prédominance féminine. En effet, la *Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse* (CDPDJ) procède actuellement à l'étude de plaintes de discrimination salariale.

Ces plaintes, déposées avant l'entrée en vigueur de la Loi sur l'équité salariale, allèguent que le gouvernement du Québec contrevient à la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne* puisque sa politique salariale est discriminatoire à l'égard des emplois occupés en majorité par des femmes. Ces plaintes visent un vaste éventail de titres d'emploi, dont ceux d'infirmière et d'infirmière bachelière.

Afin de déterminer si la politique salariale du gouvernement est discriminatoire, la CDPDJ doit procéder à une enquête sur ces différents titres d'emploi. En effet, pour pouvoir affirmer que la politique salariale gouvernementale est discriminatoire, il faut que cette discrimination soit généralisée et systémique et affecte plusieurs titres d'emploi.

La FIIQ suit avec grand intérêt l'évolution de ce dossier non seulement pour les infirmières qu'elles représentent, mais aussi pour l'ensemble du mouvement de femmes québécoises.

Richard Beaulé, conseiller
Secteur Négociation



Le REER du Fonds un outil aussi pour les femmes!

Pensez un peu à vous!

Avec les **économies d'impôt beaucoup plus importantes** que vous procure une contribution au Fonds de solidarité FTQ, vous vous préparez des conditions de retraite plus intéressantes.

Un petit montant par semaine peut faire une grande différence.

EXEMPLES DE RETENUES SUR LE SALAIRE AVEC RÉDUCTION D'IMPÔT IMMÉDIATE					
ANNÉE D'IMPOSITION 2000 (26 PÉRIODES DE PAIE)					
REVENU IMPOSABLE SE SITUANT ENTRE	CONTRIBUTION PAR PÉRIODE DE PAIE	ÉCONOMIE D'IMPÔT (APPROX.) CRÉDITS + REER		PAIE NETTE RÉDUITE (APPROX.)	TOTAL INVESTI PAR ANNÉE
26 000 \$ - 29 999 \$	40,00 \$	12,00 \$	14,68 \$	13,32 \$	1 040 \$
	100,00 \$	30,00 \$	36,70 \$	33,30 \$	2 600 \$
	192,31 \$	57,69 \$	70,58 \$	64,04 \$	5 000 \$
30 000 \$ - 51 999 \$	40,00 \$	12,00 \$	17,36 \$	10,64 \$	1 040 \$
	100,00 \$	30,00 \$	43,40 \$	26,60 \$	2 600 \$
	192,31 \$	57,69 \$	83,46 \$	51,15 \$	5 000 \$
52 000 \$ - 59 999 \$	40,00 \$	12,00 \$	18,36 \$	9,64 \$	1 040 \$
	100,00 \$	30,00 \$	45,90 \$	24,10 \$	2 600 \$
	192,31 \$	57,69 \$	88,27 \$	46,35 \$	5 000 \$



Pour plus de renseignements, n'hésitez pas à communiquer avec la responsable locale ou le responsable local (RL) dans votre milieu de travail.

Vous pouvez également téléphoner au Service aux actionnaires du Fonds.

Pour des questions se rapportant spécifiquement au réseau RL, communiquez avec Alain Desrochers, votre coordonnateur au développement de la souscription au Fonds.

Pour des renseignements détaillés sur les actions du Fonds, consultez le prospectus offert à nos bureaux.

FONDS
de solidarité FTQ

La force du travail

1 800 567-FONDS
www.fondsftq.com

COMMISSION Clair

UN RAPPORT ATTENDU

Depuis le début des travaux de la Commission d'étude sur les services de santé et des services sociaux, la commission Clair, la FIIQ a participé à toutes les tribunes offertes afin de faire entendre le point de vue des infirmières. Que ce soit en région, que ce soit lors des audiences nationales ou encore par nos interventions publiques, nous avons réaffirmé haut et fort l'attachement des infirmières au système public de santé.

Dans nos propos et nos commentaires, nous avons rappelé la sous-utilisation des capacités professionnelles des infirmières et le fait qu'une utilisation optimale du potentiel infirmier était une condition essentielle pour que le système de santé puisse répondre non seulement aux besoins d'aujourd'hui, mais également à ceux de demain. L'importance d'apporter des changements dans le réseau de la santé au Québec parce que les problèmes sont trop nombreux, a été clairement démontrée.

La FIIQ a réagi favorablement à l'importance accordée, en termes d'orientation politique, à la prévention et à la santé publique dans le rapport Clair. De plus, nous partageons le portrait dressé par la Commission sur l'état de morosité des intervenants oeuvrant dans le réseau. Toutefois, nous avons exprimé clairement nos inquiétudes quant à la teneur de certaines propositions concernant les ressources humaines qui visent à contrer cet état de fait, mais qui, selon nous, n'amélioreraient guère la situation. La Fédération a aussi déploré le silence du rapport concernant les conditions des femmes, notamment comme travailleuses et aidantes naturelles.

Au moment de mettre sous presse, les réactions de la ministre de la Santé et des Services sociaux au rapport Clair ne sont pas encore connues. On ose espérer qu'elle donnera suite à certaines recommandations porteuses de solutions déjà mises de l'avant par la Fédération. Quels que soient les changements ou les transformations qui pourraient avoir cours prochainement dans le réseau de la santé, il est évident que nous revendiquerons des solutions aux problèmes que vivent les infirmières, nous défendrons le maintien d'un système de santé public, accessible et universel et nous exigerons que le gouvernement y investisse les sommes nécessaires.

*Jennie Skene,
Présidente*



DOSSIER SPÉCIAL



Les fondements du réseau sociosanitaire : une remise en question permanente



Quelque trente ans après sa création, le système québécois de santé et de services sociaux suscite toujours autant de questions et de controverses. Ce phénomène n'est d'ailleurs pas exclusif au Québec. Ainsi, un rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publié l'été dernier, faisait état d'une troisième génération de réformes dans la majorité de ses quelque 190 pays membres.

Ce débat permanent s'explique en partie par la complexité des questions à traiter et en partie par les intérêts sociaux et surtout économiques qui sont en jeu. Comment garantir l'accessibilité à des services de qualité, sans distinction de revenu ou de lieu de résidence? Comment s'assurer que toutes les citoyennes et tous les citoyens contribuent de façon équitable au financement collectif de ces services? Comment faire en sorte que les services dispensés contribuent réellement à améliorer la santé de toute la population, sans distinction de revenu, de lieu de résidence, de sexe, d'origine ethnique ou de statut social? Voilà autant de défis dont les solutions sont toujours à réinventer dans un contexte social, économique, politique et technologique en évolution.

Un bref rappel des diverses étapes qui ont marqué le débat public québécois permet de suivre le fil d'un débat qui, amorcé durant les années 1960, s'actualise aujourd'hui dans la *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*.

1967-1973 : Commission d'enquête sur la santé et le bien-être qui a donné lieu au *Rapport de la commission Castonguay-Nepveu*.

Mise sur pied du système de santé que nous connaissons aujourd'hui sur la base des cinq principes canadiens, soit l'accessibilité, l'universalité, le caractère public, l'intégralité et la transférabilité. Suppression des unités sanitaires, création de 71 CLSC, des 31 départements de santé communautaire, des 11 conseils régionaux de la santé et des services sociaux, de l'Office des professions, de la RAMQ, du ministère des Affaires sociales et des corporations professionnelles.

1985-1987 : Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux qui a donné lieu au *Rapport Rochon*.

Le rapport Rochon n'a pas été appliqué d'emblée. Il a plutôt donné lieu à une autre vaste consultation organisée par la ministre de la Santé de l'époque, madame Lavoie-Roux. Les principales recommandations du rapport Rochon furent toutefois reprises par le ministre de la Santé qui lui a succédé, monsieur Marc-Yvan Côté, qui a élaboré, à partir du projet de loi 120, la nouvelle Loi sur les services de santé et les services sociaux : suppression des 11 CRSSS et création de 18 régies régionales, intégration des 30 DSC dans les régies régionales, redéfinition de la mission des établissements, etc.

On peut également voir l'élaboration de la politique de la santé et du bien-être comme une des retombées importantes du rapport Rochon.

1987 :

■ Comité de la politique de la santé mentale qui a donné lieu au *Rapport Harnois*.

La désinstitutionnalisation, la non-institutionnalisation et la responsabilisation parentale furent les principales retombées de ce rapport.

■ Comité de réflexion et d'analyse des services dispensés par les CLSC qui a donné lieu au *Rapport Brunet*.

Parachèvement partiel du réseau des CLSC par la fusion des nouveaux CLSC avec d'autres types d'institutions (total de 170 CLSC sur les 200 prévus initialement) et réorientation des services des CLSC selon les priorités nationales qui privilégient les actions vers les groupes à risque : enfants et familles, jeunes en difficulté et adultes vivant des problèmes de santé mentale. Selon les recommandations de ce rapport, tous les CLSC doivent dispenser les services courants médicaux et psychosociaux en soirée et donner une réponse téléphonique en tout temps.

1994 : Comité de révision de la circulaire malade sur pied qui a donné lieu au *Rapport Demers* intitulé *De l'assistance à l'assurance*.

Loi 33 sur l'assurance médicaments. Le refus d'instaurer une assurance universelle et le choix d'instaurer un régime de copaiement financé par des primes, a eu un effet de privatisation des médicaments pour les personnes âgées et les bénéficiaires de l'aide sociale tout en apportant une couverture pour les autres personnes qui ne cotisaient pas à un régime privé d'assurance.

1996 : Comité d'experts sur l'assurance médicaments qui a donné lieu au *Rapport Castonguay* intitulé *Des voies de solutions*.

1998-1999 : Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec qui a donné lieu au *Rapport Arpin*.

Reçu par la ministre de la Santé et des Services sociaux, ce rapport n'a pas donné lieu à des modifications officielles. Il a plutôt été utilisé par le gouvernement comme une référence pour la poursuite des débats. Les affirmations selon lesquelles le réseau n'était pas en voie de privatisation malgré l'augmentation de la part du privé dans le financement des services et celles concernant la non-viabilité du système, ont été reprises telles quelles dans les documents du gouvernement et dans ceux produits par la commission Clair.

2000-2001 : Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux qui donnera naissance au *Rapport Clair* en 2001.

Au moment de mettre sous presse, la ministre n'a toujours pas commenté le rapport.

Il va sans dire que le gouvernement ne s'appuie pas toujours sur des rapports issus de la consultation pour modifier le réseau. Dans certains cas, il procède par commission parlementaire, telle la Commission sur le financement du réseau qui, en 1992, a résulté dans la privatisation des services d'optométrie pour les adultes et des services dentaires pour les enfants de moins de 12 ans, ou encore la récente commission parlementaire portant sur le rapport d'évaluation du régime général d'assurance médicaments qui a donné lieu à des augmentations importantes de la contribution financière des personnes assurées.

À d'autres moments, et sans aucune forme de consultation, le gouvernement a imposé des changements importants tels les normes de gestion basées sur la performance, le virage ambulatoire, les fermetures, les fusions et les changements de mission sans oublier les compressions budgétaires dans le cadre de la poursuite du déficit zéro. Mais il n'en demeure pas moins que les commissions et les groupes d'étude sont une occasion privilégiée de débattre publiquement de l'avenir du système de santé.

Présence FIIQ soutenue à la commission Clair

En juin dernier, la ministre de la Santé et des Services sociaux annonçait la formation de la *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux* en présentant son président, monsieur Michel Clair, qui a été ministre péquiste du Revenu, des Transports, de l'Énergie et des Ressources, président du Conseil du trésor, directeur général de l'Association des centres d'accueil et des centres de réadaptation du Québec, vice-président et président de filiales d'Hydro Québec. Avec huit autres collègues, il recevait le mandat « de proposer au gouvernement au terme d'un débat public, des moyens pour faire face aux défis qui confrontent actuellement notre système de santé et de services sociaux ». Cette Commission devait donc « recueillir le point de vue de la population, des partenaires du réseau, des organisations représentatives et des spécialistes sur les deux thèmes relatifs à son mandat : le financement du système et l'organisation des services ».

Ainsi, la commission Clair a recueilli le point de vue des experts, des partenaires et des organisations du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que l'opinion de la population sur le financement et l'organisation des services. Les régions régionales, pour leur part, recevaient alors le mandat de mettre en place des moyens permettant à la population et aux organisations d'une région de s'exprimer sur ces questions. De plus, elles devaient à la fin de l'exercice, déposer un rapport synthèse aux commissaires de la commission. La FIIQ a donc participé activement aux différents forums qui lui étaient offerts : rencontre d'experts, échange en groupe restreint avec les membres de la commission, présence à la commission...

La forme qu'a prise cette consultation dans chacune des régions du Québec a été très variable: des forums et des ateliers de discussion, des avis verbaux et écrits avec possibilité d'audition, des sondages, etc. Dans certaines régions, les gens pouvaient compléter des questionnaires, d'autres pouvaient utiliser une ligne sans frais. Les médias écrits et électroniques ont été mis à contribution et il

était même possible d'acheminer nos opinions directement à la commission Clair via internet.

Afin d'aider les syndicats affiliés à bien se préparer et favoriser leur participation à la commission Clair, la Fédération a organisé, à la mi-septembre, une rencontre de formation de deux jours. Les présidentes des syndicats ont pu prendre connaissance des documents de référence émanant de la commission Clair et en analyser ensemble les enjeux.

De plus, M. Jean Denis, professeur au département de l'administration de la santé à l'Université de Montréal, a été le conférencier invité pour la circonstance. Il a fait part de son analyse de la situation qui prévaut dans le réseau et de l'alternative possible. À la lumière des informations reçues lors de cette rencontre, plusieurs syndicats ont participé activement à la commission Clair. *Le FIIQ Actualités* a recueilli l'essentiel du message livré par quelques syndicats.

Des syndicats affiliés qui donnent leur avis

Si la ministre de la Santé et des Services sociaux espérait un appui de la population ou des organisations afin de poursuivre dans le sens de la privatisation, l'exercice a plutôt servi à dénoncer la présence déjà trop marquée du secteur privé dans le réseau. Alors que le Syndicat professionnel des infirmières et infirmiers de l'Estrie (SPIIE) signifiait son opposition à toute forme de privatisation, le Syndicat des infirmières du nord est québécois (SINEQ) en dénonçait les effets sournois et réclamait au contraire, des investissements pour améliorer le réseau public. Au Syndicat des infirmières et infirmiers du Centre hospitalier régional de l'Outaouais (SIICRO), on a mis la Commission en garde contre les dangers reliés à la désassurance des services. De plus, au chapitre de l'organisation des services, ce syndicat ne croit pas à une solution uniforme. Chaque région a ses caractéristiques et il faut en tenir compte. Du côté de l'Alliance des infirmières de

Montréal (AIM), on a insisté sur l'importance de terminer la réforme. De plus, au Syndicat professionnel des infirmières et infirmiers de Québec (SPIIQ), on a demandé des enveloppes budgétaires régionalisées qui tiennent compte des besoins réels des régions.

Les syndicats qui ont participé à cette consultation ont profité de l'occasion pour réaffirmer les valeurs sur lesquelles doit continuer de s'appuyer notre système de santé: ÉQUITÉ, GRATUITÉ, ACCESSIBILITÉ ET UNIVERSALITÉ.

S'il est un point qui fait consensus parmi les syndicats qui ont émis des avis, c'est bien celui de permettre aux infirmières d'occuper pleinement leur champ de compétence. Mieux mettre à contribution la formation et l'expérience des infirmières permettrait d'avoir la possibilité d'enseigner, d'informer et d'accompagner. Le trop peu de temps passé avec les malades augmente le niveau d'anxiété et contribue au retour hâtif de ceux-ci dans le système. Où est l'économie? Lorsqu'une personne a besoin de soins, elle a besoin d'être informée, d'être rassurée et d'être soignée: elle a besoin de savoir ce qui se passe et ce qui se passera. Voilà entre autres le genre de travail que les infirmières sont en mesure de faire et qui amènerait des changements significatifs dans le réseau.

Pour améliorer la qualité des services, il est important que les infirmières puissent intervenir plus directement auprès des personnes. On parle ici de tout mettre en œuvre pour que les actes délégués et les protocoles d'intervention correspondent mieux aux réalités des différents

milieux. Cela implique qu'on libère les infirmières des tâches connexes qui leur grugent trop de temps afin qu'elles puissent se consacrer pleinement aux tâches pour lesquelles elles ont été formées.

La réforme du réseau commencée en 1995, a atteint l'objectif de diminuer le nombre et la longueur des séjours hospitaliers mais elle s'est arrêtée là. Autant au SPIIQ qu'au SINEQ, on souligne l'importance d'investir les ressources financières suffisantes afin de mieux utiliser les CLSC. L'investissement nécessaire dans la communauté et dans les CLSC pour assurer le continuum de soins n'a jamais été fait convenablement mentionne l'AIM. Le SINEQ réclame de son côté un nombre accru de postes d'infirmière de liaison alors que le SPIIE voit les infirmières comme étant le pivot d'un réseau multidisciplinaire. Au SIICRO on croit essentiel d'avoir une meilleure concertation des services de base entre les urgences, les CLSC et les cabinets médicaux. La venue des cliniques de quartier serait à explorer.

De façon générale, la rémunération des médecins a soulevé des questionnements tant du côté de la population que de la part de certaines représentantes syndicales. Le statu quo est inacceptable et plusieurs exigent du gouvernement le courage politique nécessaire pour mettre fin à la rémunération à l'acte et à l'octroi de privilèges de toutes sortes. Les médecins doivent intégrer le réseau public de la santé et des services sociaux et les équipes multidisciplinaires dit le SINEQ.

Michelle Choquette, infirmière

CET EXERCICE AURA-T-IL PERMIS D'ORIENTER LES DÉCISIONS?

Les présidentes des syndicats qui sont intervenues dans ce débat public sont unanimes à dire qu'elles ont eu l'impression d'avoir été entendues des régions régionales et des commissaires lorsque ces derniers étaient présents dans les régions. Elles ont aussi entendu d'autres personnes s'exprimer sur l'urgence de faire les choses autrement, sans pour autant référer à la privatisation comme le fait le guide d'animation qui a servi de base de discussion à cette consultation. Ce serait politiquement très maladroit, mais surtout bien inquiétant pour l'avenir du réseau de la santé et des services sociaux, si le gouvernement faisait la sourde oreille aux commentaires formulés par les infirmières et aux revendications qu'elles ont mises de l'avant.



Un réseau à l'image de nos attentes et de nos valeurs collectives

Dans son mémoire, la FIIQ s'attarde d'abord à cerner les enjeux qu'elle entrevoit pour le système de santé et de services sociaux dans les années qui viennent. Le premier de ces enjeux s'articule autour de l'amélioration de la santé et rappelle la nécessité de prévoir les impacts possibles des réformes sur la santé des populations concernées.

Le second enjeu, celui de la réponse adéquate aux attentes des citoyennes et des citoyens, est critique dans la mesure où de fortes pressions proviennent de l'industrie de la santé afin d'ouvrir encore davantage la porte à la privatisation. À cet égard, le phénomène du vieillissement de la population, et des pathologies et déficiences qui y sont associées, constitue un défi de taille bien sûr, qu'il ne faut cependant pas ériger en catastrophe appréhendée. D'autres possibilités doivent aussi être considérées pour l'amélioration de la santé par la promotion et la prévention et à l'inverse d'autres phénomènes, comme la pauvreté, doivent être jugulés. Et cela c'est sans compter l'influence des développements technologiques sur le système de santé et l'influence, en matière d'exigences, qu'une meilleure information de la population risque d'entraîner.

Le troisième enjeu, la répartition équitable de la contribution au financement des services de santé, s'avère le plus crucial car le débat qui l'entoure repose sur des prémisses idéologiques rarement avouées mais qui peuvent changer substantiellement le devenir de notre réseau.

Finalement, le dernier enjeu, celui de la viabilité financière repose sur la capacité des populations à financer collectivement un système de santé qui réponde aux attentes et aux besoins de leur collectivité. C'est ici que le vieillissement de la population est érigé en « scénario catastrophe » et que le débat devient le plus idéologique.

Ces enjeux se placent dans un contexte de mondialisation néolibérale où la grande entreprise cherche à réduire la réglementation de secteurs traditionnellement sous le contrôle de l'État, à les faire passer dans la sphère du libre marché et ainsi transformer en une marchandise le droit à la santé tel que reconnu dans la *Déclaration des droits de l'homme* et repris, de plus d'une manière, en droit québécois.

C'est ce genre de dérapage qui serait des plus néfastes pour le développement humain et économique du Québec, que la Fédération tente de contrer. C'est pourquoi la FIIQ réaffirme son adhésion aux principes fondamentaux du système de santé et privilégie un financement équitable, peu importe l'état de santé, pour tous les citoyens et les citoyennes, à partir de l'impôt sur le revenu, un financement selon une formule progressive, la plus équitable et la plus acceptable en dépit de ses limites. C'est sur la base de ces arguments que sont rejetées les options des caisses spéciales, de la contribution des usager-ère-s ou du ticket modérateur et des crédits d'impôt à l'investissement pour le financement des cliniques privées. Dans certaines circonstances particulières, une timide ouverture est faite par ailleurs au principe de l'impôt santé. Toutefois, dans le contexte difficile qui prévaut actuellement, la vente de services à des non-résidents ne saurait nous agréer.

Contrairement à l'opinion répandue, le Québec dépense peu pour son système de santé. Cependant, ces sommes réparties à travers trois enveloppes distinctes, freinent de plus en plus la rentabilité des initiatives prises dans des réseaux particuliers. Aussi, la Fédération adhère-t-elle à l'idée de fusionner les enveloppes du ministère de la Santé et des Services sociaux, de la Régie de l'assurance-maladie et de l'assurance-médicaments et de les octroyer sur une base régionale tout en respectant la liberté de choix des lieux de

soins et des thérapeutes. Selon la FIIQ, les MRC ne peuvent être considérées comme des acteurs pertinents dans un éventuel rôle dans le système de santé et de services sociaux. Par contre, les CLSC doivent être financés à la hauteur du rôle qui leur a été confié et doivent jouer un rôle prioritaire dans la dispensation des services.

En matière d'organisation des services, il est faux de prétendre que le privé fait mieux que le public. Et cette assertion se vérifie pour plusieurs types de privatisation : les hôpitaux, les assureurs privés, les cliniques privées et les tickets modérateurs. Des recherches, essentiellement américaines, ont permis d'observer des augmentations de coûts là où des services privés avaient été instaurés ; les coûts administratifs passent du simple au double lorsque la privatisation s'installe ; l'attente augmente lorsque des chirurgiens opèrent à la fois dans le secteur privé – cliniques privées – et dans le secteur public et des services excessifs sont fournis lorsque les équipements sont disponibles sur place ; et finalement, l'instauration de tickets modérateurs freine la consommation de services et s'associe à des résultats négatifs et à des dépenses dans d'autres domaines, là où les services demeurent gratuits.

C'est pourquoi la Fédération privilégie que la gestion de services demeure publique. L'impartition ou la sous-traitance qui ont déjà été expérimentées, rappelons-le, dans certains établissements du Québec, se sont soldées par des échecs. Dans un secteur d'activité où la composante main-d'œuvre est majeure, à quoi peut-on s'attendre d'autre qu'à une diminution des conditions de travail, voire à l'augmentation du chômage? Par ailleurs, la FIIQ appuie les revendications d'autonomie et de financement des groupes communautaires.

Depuis 20 ans, le panier des services assurés ne cesse de rétrécir. Comment la commission d'étude peut-elle proposer

de nouveaux sacrifices, alors que l'expérience démontre que la privatisation des services fait augmenter les coûts. La FIIQ réclame à nouveau que les services de soins à domicile qui ont été sacrifiés avec le virage ambulatoire et ce, en dépit des engagements politiques, soient inclus dans le panier des services assurés. Il en va de même pour les services de répit-dépannage et de soutien à domicile qui contribuent au maintien dans la communauté.

Les médecins, loin d'être en pénurie d'effectifs, font plutôt face à un problème de mauvaise répartition géographique. Le nouveau mode de rémunération des médecins devrait être en lien étroit avec les rôles qui sont attendus d'eux. Dans les rôles que les médecins seront appelés à jouer, il ne faudrait pas que ces responsabilités contribuent à accroître la médicalisation des problèmes de santé.

Il est de plus en plus reconnu qu'une meilleure utilisation des compétences des infirmières entraînerait une organisation plus efficace et plus performante du réseau de la santé et des services sociaux. Qu'il s'agisse d'identification des besoins de santé, de prévention, d'enseignement ou de suivi des clientèles, les infirmières sont en mesure de générer des résultats positifs tant en matière de qualité des soins, de réduction des durées de séjour que de satisfaction au travail et ce, peu importe le type d'établissements. En première ligne notamment, elles peuvent assurer le suivi de personnes présentant diverses pathologies, en plus d'œuvrer dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention, de l'éducation à la santé et dans l'accroissement des habiletés des clientèles à prendre en charge leur propre santé. Aussi, la FIIQ est-elle favorable au développement de nouveaux rôles de pratique élargie, dont celui d'infirmière praticienne.

Rapport de la commission Clair : les points saillants... nos réactions



Le rapport de la commission Clair, intitulé *Les solutions émergentes*, a été rendu public le 17 janvier 2001. Il regroupe au total 36 recommandations et 59 propositions. La commission Clair adhère au nouveau modèle mis de l'avant par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à savoir faire des choix et performer. Elle en fait l'assise de son propre rapport. Pour elle, il s'agit de deux obligations découlant d'une disponibilité limitée de ressources. La prévention et la santé publique y représentent des éléments incontournables, leur financement n'étant toutefois pas pris en considération. La Commission a fait le choix du « scénario catastrophe » comme on le verra plus loin. La Commission a débordé quelque peu son mandat portant sur l'organisation des services et leur financement, en se prononçant sur la question des ressources humaines et de la gouverne.

POINTS SAILLANTS

ORGANISATION DES SERVICES

- Création de Groupes de médecine familiale (GMF)
- 1^{re} ligne sociale aux CLSC
- Réseaux de services intégrés
- Affiliation de cliniques spécialisées à des centres hospitaliers
- Enrichissement du rôle de l'infirmière et reconnaissance des praticiennes

LE RÉSEAU DE LA SANTÉ SELON LE RAPPORT CLAIR

Les *Groupes de médecine familiale* (GMF) seraient composés de médecins omnipraticiens travaillant en groupe, avec la collaboration d'infirmières cliniciennes ou praticiennes. Les infirmières, détachées par leur CLSC employeur auprès des GMF, participeraient à la prise en charge et à la coordination des services à un groupe défini de citoyen-ne-s, entre 1000 à 1800 citoyen-ne-s.

▶ La FIIQ, depuis fort longtemps, revendique le développement d'une pratique infirmière enrichie. Elle insiste, entre autres, pour que les infirmières praticiennes puissent, à l'intérieur d'une pratique de collaboration, jouir d'une réelle autonomie professionnelle et pour que soit clairement établi le cadre de leur pratique afin qu'elles puissent poser des actes professionnels, tant au plan du diagnostic et du traitement que du suivi de la clientèle. Tout cela dans le respect d'un champ professionnel qui reste à définir puisque la fonction d'infirmière praticienne n'est pas encore reconnue. La mise en place d'un programme de formation d'infirmières praticiennes demandera certainement un certain temps et l'arrivée d'une première cohorte pourra prendre plusieurs années.

Par ailleurs, des infirmières d'expérience travaillent déjà dans des cliniques de médecine familiale et en CLSC. Lorsque le rapport Clair propose que le GMF soit formé de cliniciens reconnus pour leur expertise, la FIIQ croit qu'il reconnaît aussi la pertinence de recourir à ces infirmières déjà présentes en 1^{re} ligne.

Des réseaux de services intégrés seraient créés par les régies régionales pour des clientèles spécifiques : personnes âgées en perte d'autonomie, personnes souffrant de problème de santé mentale, personnes ayant des maladies complexes, souvent chroniques (ex. MPOC, insuffisance cardiaque, Alzheimer, asthme, diabète).

▶ Les objectifs visés par la mise en place de réseaux intégrés consistent en une meilleure accessibilité et une meilleure continuité des services. Il n'y aurait cependant pas de modèle unique. Les réseaux proposés diffèrent sur les aspects de la responsabilité clinique et financière, la coordination locale, régionale, voire nationale, et la coordination professionnelle – médecin, infirmière ou autres professionnel-le-s –. C'est à suivre de près.

L'affiliation de cliniques de médecins spécialistes à des centres hospitaliers viserait à offrir, en milieu ambulatoire, des interventions diagnostiques ou thérapeutiques. Les cliniques deviendraient le prolongement fonctionnel du centre hospitalier. Les médecins seraient rattachés à un service clinique, répondraient au même chef de service, observeraient les mêmes standards de pratique et participeraient au CMDP. Les cabinets affiliés offriraient des activités de consultation, de clinique externe, certains examens diagnostiques (ex. imagerie médicale) ou certaines chirurgies mineures ou chirurgies d'un jour. Le financement demeurerait public et les médecins seraient payés par la RAMQ. Quant aux autres ressources, leur « gestion [...] serait] sous l'unique responsabilité des médecins ».

▶ Qu'est-ce à dire? Que les ressources humaines, infirmières notamment, ne seraient plus partie intégrante du réseau public de santé? Ainsi des services financés publiquement opéreraient avec une main-d'œuvre privée. La FIIQ ne peut que craindre pour les conditions de travail et de salaire de ces personnes, d'autant plus que le potentiel d'expansion est énorme pour ces cliniques quand on sait que 80 % des chirurgies s'effectuent maintenant en chirurgie d'un jour.

À l'appui de cette orientation, la Commission souligne l'amélioration de l'accès aux services, la diminution des listes d'attente et le désengorgement du bloc opératoire. Toutefois, les études américaines démontrent sans l'ombre d'un doute que la gestion publique constitue le meilleur investissement. Les arguments soumis dans le mémoire de la FIIQ et repris dans la présente publication en font grandement état. Il semble bien que la Commission ait écarté ces arguments, pourtant fort pertinents.

POINTS SAILLANTS

- Instauration de processus continus de planification de la main-d'œuvre
- Prépondérance des critères de compétence pour la dotation de poste
- Allègement réglementaire et réforme du Code des professions
- Négociation locale : horaires, remplacement, présence au travail, gestion des postes
- Nouvelle définition de la mobilité

LE RÔLE STRATÉGIQUE DES RESSOURCES HUMAINES

Il faudrait permettre de « développer les compétences, raviver la fierté ». Il faudrait décentraliser la négociation sur certains sujets pour favoriser l'appropriation à l'échelle locale des questions d'organisation du travail.

▶ La Commission trace un portrait très réaliste de l'état de morosité du personnel oeuvrant dans le réseau de la santé et des services sociaux. Il est malheureux que cette dernière ait poursuivi le discours de « rigidité des conventions collectives » si cher aux associations d'employeurs, sans considérer plus avant les démarches novatrices, développées par la FIIQ, en matière d'organisation du travail. Ainsi, en est-il de la décentralisation de la négociation sur ces sujets. Pourtant, toutes celles qui, à un moment ou l'autre, ont participé à un projet ILOT, savent très bien qu'une véritable intervention en organisation du travail ne saurait se limiter aux seuls aspects prévus à la convention collective.

Il faudrait « redéfinir la mobilité » en fonction des réalités contemporaines et permettre la mobilité du personnel desservant une population donnée. La mobilité dans un même établissement, entre unités d'accréditation affiliées et entre des établissements différents serait l'objectif à atteindre.

▶ La Commission propose une solution à mettre de l'avant sans même que soit défini le problème à résoudre. D'ailleurs, la Commission déplore l'absence de stratégie de développement des ressources humaines et l'instabilité des équipes de base : comment peut-on penser corriger cette situation en favorisant la mobilité ?

Afin de valoriser les compétences, les processus de dotation de poste seraient modifiés pour reconnaître la prépondérance des critères de compétence.

▶ Avant de finaliser son rapport et d'affirmer qu'il faut changer les processus de dotation de poste pour favoriser la compétence, la commission Clair aurait eu avantage à consulter les conventions collectives en vigueur dans le réseau. En effet, les textes de conventions prévoient depuis longtemps que, pour obtenir un poste, le premier critère est celui de répondre aux exigences normales de la tâche. Ce n'est qu'après, qu'entre en considération l'ancienneté.

Il faudrait organiser les soins d'une manière plus flexible et enrichir le rôle de l'infirmière.

▶ Dans son mémoire à la commission Clair, la FIIQ a souligné la sous-utilisation des compétences infirmières et la capacité de ces dernières à faire plus et mieux à condition de leur fournir un environnement et un contexte de pratique adéquats. À cet égard, la Fédération a insisté sur l'importance de la formation en cours d'emploi et l'introduction de mesures visant à décharger les infirmières de certaines tâches pouvant être assumées entre autres par des préposées aux bénéficiaires. Plusieurs situations de fardeaux de tâche ont d'ailleurs été améliorées en ajoutant du personnel de soutien. C'est donc dire que l'amélioration des soins infirmiers passe souvent par la possibilité de dégager du temps pour les soins eux-mêmes. En ce sens, la substitution de ressources, pour effectuer les soins infirmiers, telle qu'inscrite en filigrane dans le rapport, n'est pas la solution. La Fédération souhaite que lorsque la Commission constate qu'une « part notable des gestes que [l'infirmière] pose pourrait être faite par d'autres types de personnel, de formation moindre, à qualité comparable et à coût moindre », elle réfère à ces tâches qui ne relèvent pas directement des soins et qui peuvent avantageusement être confiées à des préposé-e-s, par exemple.

FINANCEMENT

POINTS SAILLANTS

- Vulnérabilité du financement fiscal et limites maximales aux dépenses publiques
- Élargissement de la couverture des services par des assurances collectives
- Révision du panier des services, des nouvelles technologies et médicaments
- Adoption d'une politique cadre de partenariat avec le privé et le tiers secteur
- Corvée nationale d'investissements
- Création d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie

COMMENT FINANCER LE RÉSEAU?

Une « caisse vieillesse » serait mise sur pied. Elle serait financée par une contribution obligatoire, fixe et ajoutée à l'impôt sur le revenu. Les entreprises ne contribueraient pas. Le régime assurerait toutes les personnes en perte d'autonomie de longue durée – 6 mois et plus – ou seulement les personnes âgées. Les services à domicile seraient offerts en nature ou en argent.

▶ La commission Clair a choisi de retenir le « scénario catastrophe », c'est-à-dire l'hypothèse où l'accroissement de la population âgée de 65 ans et plus et le développement technologique entraîneront littéralement la faillite du système de santé et de services sociaux, si rien n'est fait. Aussi la Commission, qui partage l'opinion des ministres à caractère « économique » du gouvernement du Québec, propose-t-elle la mise sur pied d'une « caisse vieillesse », sorte de bas de laine devant permettre que s'accumulent des fonds (caisse capitalisée) pour faire face au vieillissement de la population. Le maintien du niveau de l'impôt général aurait sans doute permis de constituer ce genre de caisse à même les surplus du gouvernement. Ce dernier a préféré diminuer les impôts, pour ensuite s'orienter vers une mesure qui coûte proportionnellement plus cher aux plus pauvres (régressive). D'autant plus que les personnes à faible revenu ont généralement une espérance de vie plus courte et sont donc moins susceptibles de profiter des retombées de leur investissement. Le mode de financement proposé apparaît donc inéquitable. La FIIQ aurait préféré que la Commission s'en tienne à un financement qui augmente avec le revenu (progressif).

Le rôle des « *aidantes naturelles* », dont la contribution est pourtant inestimable, surtout depuis le début du virage ambulatoire, est pratiquement passé sous silence dans l'ensemble du rapport. La seule allusion faite consiste à dire qu'il s'agira d'un des rôles de la caisse de les reconnaître et les soutenir. Leur reconnaissance sociale et financière par la *Loi sur les normes du travail* n'a pas été retenue. Bien qu'on compte énormément sur elles, c'est comme si elles n'existaient pas.

Le gouvernement et les citoyen-ne-s devraient reconnaître la vulnérabilité du financement fiscal de deux manières : en établissant « *des limites-repères du niveau de dépenses publiques maximal acceptable* » et en fournissant au réseau un cadre budgétaire triennal.

▶ La Fédération, à l'instar d'autres organisations, avait demandé que les trois enveloppes du MSSS, de la RAMQ et de l'assurance-médicaments soient fusionnées afin d'assurer plus de cohérence dans les choix cliniques et une meilleure répartition de l'effectif médical. Or, la Commission crée plutôt une quatrième enveloppe et propose un plafonnement sévère des dépenses publiques. Où est la logique?

POINTS SAILLANTS

- Création d'une agence nationale ou société d'assurance santé du Québec
- Nomination des membres des conseils d'administration des régies régionales
- Création d'un Forum des citoyen-ne-s dans chaque région
- Création d'une commission infirmière régionale dans chaque région
- Conseil d'administration unifié pour les établissements de 1re ligne
- Reconnaissance des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale et des coopératives

LA GOUVERNE

DOIT-ON CRAINDRE POUR LA DÉMOCRATIE?

Presque tous-tes les membres des conseils d'administration des établissements, des régies régionales, du Forum des citoyens et de l'Agence nationale ou Société d'assurance santé du Québec seraient nommé-e-s ou désigné-e-s.

▶ Le rapport de la commission Clair propose des changements substantiels à la gouverne du système de santé. Ainsi, de multiples nominations serviraient à combler les sièges des conseils d'administration à tous les paliers décisionnels. Il ne fait pas de doute que le processus électoral dans le réseau de la santé a été entaché de lacunes dès le départ. Malgré cela faut-il en arriver à une limite extrême où les administrateurs seraient tous, à quelques exceptions près, choisis en cascade par le niveau supérieur d'administration? Peut-on craindre, comme l'a récemment dénoncé le Vérificateur général du Canada dans le cas des agences fédérales, que les influences partisans priment sur les qualités de gestionnaires de ces administrateurs? Il est certainement permis de douter.

Un Forum des citoyens conseillerait le conseil d'administration de la régie régionale sur les enjeux de santé et de bien-être. Il serait constitué de 15 à 20 personnes. Les membres seraient nommés par le conseil d'administration de la régie régionale, selon différents critères. Le Forum serait présidé par le président du conseil de la régie et organiserait des rencontres publiques.

▶ Le Forum des citoyens remplacerait d'une certaine façon l'Assemblée régionale, abolie par le projet de loi 116. Il servirait en quelque sorte de paravent au conseil d'administration de la régie régionale. La FIIQ a émis le souhait, devant les membres de la commission Clair, que d'autres expériences et d'autres mécanismes de participation et de consultation soient expérimentés pour permettre aux décideurs d'adapter l'offre de services à la demande et aux attentes des citoyens et citoyennes. Le Forum des citoyens ne répond qu'en partie à cette demande. Le mode de nomination et le nombre limité de personnes qui pourraient y participer nous semblent les éléments les plus questionnables. Il ne faut pas oublier que les assemblées régionales étaient élues et regroupaient jusqu'à 150 personnes par région.

Une agence nationale ou société d'assurance santé du Québec serait créée afin de renouveler le rôle du MSSS. Celui-ci garderait les fonctions politiques et l'agence assumerait les fonctions de gestion des opérations.

▶ Parmi les avantages énumérés par la Commission pour la création de cette société, retenons qu'« *une telle approche faciliterait l'émergence d'un nouveau paradigme permettant aux élus de concentrer leur action sur les grands enjeux et leur suivi* ». En réalité, la commission Clair chercherait-elle à dépolitiser la santé ?

POINTS SAILLANTS

- « *Commodités* », « *biens de consommation parmi d'autres* »
- « *Nouvel universalisme* », « *services essentiels* »
- Politique cadre de partenariat avec le secteur privé et le tiers secteur
- Corvée nationale d'investissements

PRIVATISATION



LES CINQ PRINCIPES FONDATEURS DU SYSTÈME DE SANTÉ CANADIEN

Gestion publique : Le régime d'assurance-maladie doit être exploité et administré sans but lucratif par un organisme public qui relève du gouvernement provincial;

Intégralité : Le régime doit assurer tous les services médicalement nécessaires fournis par les hôpitaux et les médecins et, lorsque cela est permis, les services rendus par d'autres praticiens de la santé;

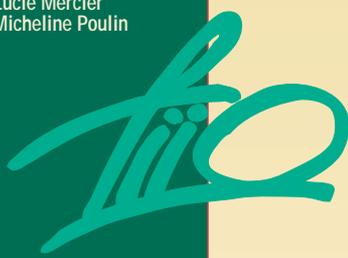
Universalité : Le régime doit fournir à la totalité des résident-e-s admissibles, selon des modalités uniformes, l'accès à des services de santé assurés;

Transférabilité : Les résident-e-s ont droit à l'assurance-maladie lorsqu'elles déménagent dans une autre province et lorsqu'elles voyagent au Canada ou à l'étranger (sous réserve de certaines conditions);

Accessibilité : Le régime doit fournir, selon des modalités uniformes, un accès raisonnable aux services hospitaliers et médicaux assurés. Il n'est pas permis de facturer à des patient-e-s assuré-e-s des frais supplémentaires pour des services assurés. Personne ne peut faire l'objet de discrimination à cause de son revenu, de son âge, de son état de santé, etc.

Ce dossier spécial a été rendu possible grâce à la collaboration des secteurs Santé, Tâche et Organisation du travail, Négociation, et du service Communication-Information :

Richard Beaulé
Marie-Andrée Comtois
Danielle Couture
Murielle Dufour
Lucie Mercier
Micheline Poulin



Bien malin qui pourrait affirmer que le rapport Clair constitue une ouverture franche à la privatisation. Néanmoins, toute une série d'indices portent à croire que l'ouverture au privé est bel et bien présente. Les nouveaux termes utilisés cachent évidemment une nouvelle réalité encore peu perceptible. Ainsi en est-il de l'usage des termes « commodités », « biens de consommation parmi d'autres », servant à désigner les services de santé. La commission Clair rejette ainsi formellement le droit fondamental à la santé tel que défendu par l'OMS, organisation dont elle se réclame pourtant largement dans ses orientations.

Le « nouvel universalisme » emprunté à l'OMS implique de faire des choix et performer. Pour ce faire, la Commission suggère la mise sur pied d'un mécanisme hautement crédible pour évaluer et réviser en permanence le panier de services, les nouvelles technologies et les nouveaux médicaments. Elle propose d'actualiser l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé*. Si l'ensemble de ces interventions mène à la désassurance de services, incluant l'hôtellerie, le privé aurait tout le loisir de bonifier son offre de services et certaines personnes pourraient ne plus pouvoir accéder à ces services du tout. Par ailleurs, la Commission n'invite nullement les professionnel-le-s à s'interroger sur l'acharnement thérapeutique, par exemple.

Finalement, comme indice supplémentaire de cette ouverture, figure l'adoption d'une politique cadre de partenariat avec le secteur privé et le tiers secteur. Par cette politique conjuguée à la corvée nationale d'investissements, la Commission estime pouvoir accélérer les investissements nécessaires à l'adaptation des services, « accroître la recherche biomédicale, promouvoir et évaluer les meilleurs modes d'organisation, de prise en charge, d'utilisation des médicaments et du support aux « aidants ». Récemment était créé le Fonds de partenariat pour soutenir les aidants des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. D'une valeur de 1 million de dollars, il s'agit d'une collaboration entre le MSSS (100 000 \$) et 3 compagnies pharmaceutiques (3 X 300 000 \$). Pfizer Canada Inc., fabricant de l'ARICEPT, un des deux médicaments sur le marché au Canada et que le Conseil consultatif de pharmacologie a récemment refusé d'inscrire sur la liste des médicaments, est l'un des partenaires. Un plan d'action sur la maladie d'Alzheimer, à l'intention des personnes atteintes et des aidantes, sera bientôt dévoilé. Voilà un signe d'un virage hautement significatif.

Ces quelques lignes n'ont certes pas épuisé ni le contenu du rapport Clair ni le sujet de cette réforme qui semble bien vouloir s'enclencher, en dépit d'un contexte politique peu facile. L'occasion d'y revenir se présentera certainement.

MALGRÉ TOUT, MOINS D'ARGENT DU FÉDÉRAL

En mettant sur pied son système de santé et de services sociaux en 1971, le Québec se joignait au programme canadien d'assurance-maladie. À cette époque, les gouvernements fédéral et provincial se partageaient les coûts du système dans une proportion de 50/50.

Aujourd'hui, et malgré les injections d'argent effectuées par le fédéral depuis les deux dernières années, la contribution du Canada est de beaucoup inférieure au taux initial de 50 %. Par contre, et c'est heureux, le gouvernement fédéral conditionne toujours le versement de sa quote-part au respect, par les provinces, des cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé*. D'ailleurs, la FIIQ n'a-t-elle pas maintes fois répété au gouvernement du Québec qu'elle serait plus à l'aise si les principes de gestion

publique, d'intégralité, d'universalité, de transférabilité et d'accessibilité étaient intégrés à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

En effectuant des compressions budgétaires dans l'enveloppe globale du transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux qui concerne le financement de l'éducation postsecondaire, de l'assurance-maladie, de l'assurance-hospitalisation et de l'assistance publique, le gouvernement fédéral fait porter l'odieux des compressions en santé aux gouvernements provinciaux. C'est ainsi que les provinces n'ont reçu en 1998 qu'un niveau de financement fédéral identique à ce qu'il était 15 ans auparavant. En tenant compte de l'accroissement de la population et de la hausse du coût de la vie, les transferts sociaux de 1998,

pour l'ensemble du Canada, étaient de 45 % inférieurs à leur niveau de 1985 et de 43 % moindres par rapport à leur niveau de 1994. D'après les informations disponibles, le Québec aurait écopé de près de 30 % de ces compressions, soit 1,8 milliard de dollars.

Malgré les résultats positifs obtenus à la suite de l'entente fédérale-provinciale de septembre dernier, en 2005-06, bien que le transfert canadien pour le Québec sera de 5,15 milliards de dollars, il sera encore inférieur à son niveau de 1993-94, alors qu'il a culminé à 5,57 milliards de dollars. Tout compte fait, la situation financière est plus rose mais il reste que malgré tout, le fédéral a trahi ses engagements initiaux concernant le financement du programme d'assurance-maladie.

FÉDÉRATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC

Siège social
2050, de Bleury, 4^e étage, Montréal
(Québec) H3A 2J5
(514) 987-1141 Téléc. (514) 987-7273
Adresse internet : www.fiiq.qc.ca

Bureau de Québec
1260, bd Lebourgneuf, # 300, Québec
(Québec) G2K 2G2
(418) 626-2226 Téléc. (418) 626-2111
Adresse internet : www.fiiq.qc.ca

Une démarche qui implique tout le monde

En trois mois à peine, beaucoup de travail a été abattu, de dire la responsable politique du dossier, Sylvie Boulanger, 1^{re} vice-présidente de la FIIQ. En effet, dès le 18 décembre, quelques jours à peine après avoir formé l'équipe de travail de la FIIQ, la présidente de la Fédération, Jennie Skene, accompagnée de membres de cette équipe, rencontra des représentant-e-s de la FTQ, dont son président monsieur Henri Massé. À ce jour, cinq rencontres furent nécessaires pour apprendre à se connaître, échanger sur nos instances et activités respectives et réaliser une cueillette d'information la plus exhaustive possible sur cette centrale syndicale, ses services et ses comités.

Rappel du mandat

Juin 2000

Premier débat en conseil fédéral à la suite d'une offre de la FTQ proposant la possibilité pour la FIIQ de s'affilier à cette centrale. Dans la même envolée, les déléguées réitérèrent leur attachement à la Fédération, refusent d'entamer une telle démarche tout en ne fermant pas la porte à des alliances conjoncturelles.

Décembre 2000

L'Exécutif remet le débat à l'ordre du jour. D'une part, plusieurs déléguées avaient annoncé leur volonté de reprendre le débat et, d'autre part, la CSN avait à son tour adressé, à la Fédération, une offre du même type que celle de la FTQ. Les déléguées rejettent l'offre de la CSN et mandatent l'Exécutif d'amorcer une démarche exploratoire avec la FTQ en vue d'un éventuel rapprochement structurel (affiliation).

Mars 2001

Au conseil fédéral, un rapport d'étape faisant état de l'avancement des travaux sera livré aux déléguées. Les déléguées auront également à se prononcer sur l'opportunité de poursuivre ou non la démarche avec la FTQ.

Juin 2001

Si le conseil fédéral se prononce en faveur de la poursuite de la démarche, le Congrès de juin prochain devrait alors trancher la question. Advenant une recommandation favorable à une affiliation et tel que le stipulent les statuts et règlements de la FIIQ, un référendum devra se tenir auprès de toutes les infirmières de l'organisation.

On se rappellera que différents préalables étaient attachés à la décision de réaliser cette exploration. La plus importante concernait la nécessité de préserver l'identité et l'autonomie de la FIIQ en tant que Fédération d'infirmières. Ce principe fondamental, que les infirmières ont à cœur, a guidé l'équipe tout au long de cette démarche et servira d'assise à l'analyse qui sera présentée au Conseil fédéral de mars.

Dans le but de s'assurer de prendre en compte l'ensemble des préoccupations des militantes et des leaders de l'organisation, l'équipe a fait des rapports périodiques et assidus aux membres du Comité exécutif et a organisé, avec l'aide du service Éducation-Animation, des rencontres avec l'ensemble des salariées de la FIIQ et avec les présidentes des syndicats affiliés. Ces rencontres auront permis d'échanger sur les premières réactions des membres concernant cette

démarche et de recueillir des informations sur la réaction des autres organisations syndicales. Elles auront aussi permis à l'équipe de livrer quelques données factuelles sur la FTQ, et d'échanger avec les militantes sur l'intérêt d'une telle démarche, pour la FIIQ comme pour la FTQ.

Les propos recueillis durant ces rencontres ont amené l'équipe de la FIIQ à approfondir les échanges avec la FTQ et à élargir sa réflexion sur l'avenir de l'organisation dans un monde en perpétuel changement.

Au moment de mettre sous presse, l'équipe semblait avoir tout en main pour procéder à l'analyse qui sera livrée aux déléguées en mars prochain. Bien sûr, des informations vous parviendront par le biais de vos déléguées à cette instance; en outre, le prochain FIIQ en Action fera état des discussions et décisions entourant ce dossier.

UNE ÉQUIPE : DIFFÉRENTES EXPERTISES

L'équipe de la FIIQ est composée de Sylvie Boulanger, 1^{re} vice-présidente, responsable politique du dossier, de Paul Chaput à la coordination, de Marie-Andrée Comtois, du secteur Santé, de Pierre Desnoyers du service Organisation syndicale et de Richard Laforest, du secteur Relations de travail. Il va de soi que la présidente, Jennie Skene, membre ad hoc du groupe de travail, participe aux rencontres avec les représentant-e-s de la FTQ.

Du côté de la FTQ, l'équipe est composée de René Roy, secrétaire général de la FTQ, de Nicole Bluteau, vice-présidente, d'Émile Vallée et d'André Tremblay, conseillers au bureau fédéral, et de Dominique Savoie, coordonnatrice à la recherche.

Un réseau en constante mouvance

Le réseau de la santé a, depuis quelques années, subi de grands bouleversements. Les changements causés entre autres par les réformes Côté et Rochon, associés aux compressions budgétaires, ont largement contribué à alourdir non seulement la tâche des infirmières mais aussi celle des femmes en général. Le *FIIQ Actualités* a rencontré Sylvie Boulanger, responsable politique des secteurs Santé et Condition féminine, afin de faire un bref rappel des transformations du réseau et de leurs conséquences.

Marielle Ruel, infirmière



Cela fait un peu plus de dix ans que tu es vice-présidente. Peux-tu rappeler les principaux changements apportés au réseau de la santé depuis ton élection?

À mon arrivée à l'Exécutif, les décisions étaient centralisées au ministère de la Santé. Au niveau régional, il y avait les CRSSS, dont le mandat était d'appliquer les décisions du Ministère, en tenant compte des particularités des régions.

Avec la réforme Côté, l'adoption du projet de loi 120 a entraîné des transformations majeures. Les CRSSS sont abolis et remplacés par de nouvelles structures décisionnelles : les régies régionales. Dans les établissements, sont mis en place les conseils des infirmières et infirmiers. Et

pour une première fois, une représentante des infirmières peut siéger au conseil d'administration des hôpitaux. Malheureusement, parallèlement à toute cette réforme, c'est aussi le début de l'ère des compressions budgétaires.

Par contre, les plus gros chambardements arrivent avec la réforme Rochon et l'atteinte, à tout prix, du déficit zéro. On a vécu des fermetures d'établissements, des fusions, des changements d'œuvre ou de vocation, le virage ambulatoire et tout cela bien évidemment associé à d'importantes, pour ne pas dire d'énormes, compressions budgétaires. L'obsession du gouvernement Bouchard d'atteindre le déficit zéro a eu des impacts majeurs. Cela a fait en sorte, par

exemple, que les CLSC n'ont pas reçu le financement promis par le gouvernement afin de mettre en place les services adéquats pour répondre aux besoins de la population, qu'on retournait plus tôt à la maison.

La transformation du réseau de la santé a-t-elle eu un impact sur la façon d'intervenir auprès du gouvernement?

Oui, à l'époque des CRSSS, la Fédération intervenait auprès du ministère de la Santé ou en commission parlementaire sur des projets de lois bien précis. Avec la création des régies régionales, se sont multipliés les lieux d'intervention. Ainsi, chaque membre de l'Exécutif assume désormais une présence de la FIIQ à deux ou trois régies régionales. Cette présence se fait évidemment en collaboration avec les syndicats affiliés de la région. Les régies sont des instances régionales où les infirmières sont de plus en plus présentes et où leur voix doit être entendue.

Quelle analyse fais-tu du rôle qu'occupe l'infirmière par rapport à celui qu'elle devrait occuper?

Actuellement, la charge de travail est tellement lourde

que peu ou pas de temps est consacré à l'enseignement ou à l'écoute des bénéficiaires. Les infirmières sont tellement bousculées, qu'elles vont au plus urgent. Et pourtant, une infirmière a la formation non seulement pour traiter les personnes, mais également pour en prendre soin. Dans le contexte actuel, l'expertise et les connaissances des infirmières sont loin d'être utilisées au maximum. Les infirmières sont formées dans une approche globale pour s'occuper de la santé des gens. Il serait temps que les infirmières puissent jouer un plus grand rôle dans les soins de santé au Québec. C'est d'ailleurs ce que réclame la Fédération depuis fort longtemps sur de nombreuses tribunes. La commission Clair dans son rapport, semble privilégier cette approche. C'est très intéressant.

La réforme de la santé a-t-elle eu un impact particulier sur les femmes?

C'est indéniable, la réforme de la santé s'est faite sur le dos des femmes. Parce que des mesures adéquates n'ont pas été mises en place pour soutenir le virage ambulatoire et pour répondre aux nouveaux besoins générés par le maintien et



Sylvie Boulanger

- 1^{re} vice-présidente depuis 1990
- responsable politique des secteurs Santé et Condition féminine
- diplômée du Cégep de Rimouski en 1979
- infirmière au Centre hospitalier universitaire de Québec, pavillon St-François d'Assise
- militante depuis 1988, elle s'est impliquée localement dans différents dossiers dont le premier fut celui de la condition féminine.



les soins à domicile, les femmes ont été des plus sollicitées. On les a désignées d'office en quelque sorte au rang d'aidantes naturelles. Et si, en plus, vous êtes infirmière, la sollicitation s'accroît davantage pour vous inciter très fortement à prendre soin de votre entourage. Même si avec les nouveaux budgets annoncés l'automne dernier, des mesures seront mises en place pour répondre à certains besoins créés par le virage ambulatoire, on constate malheureusement, qu'il n'y a toujours rien pour soulager les aidantes naturelles.

Comme responsable politique, tu as eu à porter et défendre des dossiers qui ne faisaient pas toujours l'unanimité, tels l'avortement, la violence et les sages-femmes. Peux-tu nous en parler?

Compte tenu du respect des valeurs personnelles et de la position de libre choix prise au congrès de fondation, les frictions sur la question de l'avortement ont été minimales. Par la suite, la Fédération a revendiqué, auprès du gouvernement, la disponibilité de services à l'avortement dans chacune



des régions du Québec. La position sur l'avortement est loin d'avoir fait des vagues dans nos rangs, au contraire c'est très largement que les infirmières y ont adhéré.

Dans le dossier des sages-femmes, le même principe s'applique : les femmes ont le droit de choisir avec qui, comment et où elles veulent accoucher. Une tournée d'information a été faite dans toutes les régions du Québec afin de répondre aux interrogations des infirmières concernant la cohabitation des deux professions. Par la suite, la Fédération a déposé en commission parlementaire un mémoire sur le sujet. C'est à la suite de cette consultation que des projets-pilotes sont nés. Aujourd'hui, même si les sages-femmes peuvent pratiquer, tout n'est pas encore gagné! À ce jour, peu d'expériences en milieu hospitalier permettent d'explorer les différentes formes de collaboration possible entre les sages-femmes et les infirmières.

Au sujet de la violence l'unanimité s'est faite assez rapidement. Les infirmières voulaient se doter d'une politique et d'outils pour contrer la violence dans les milieux de travail. Au début,



les efforts ont été concentrés sur le harcèlement sexuel et racial. À la suite d'une enquête menée dans les établissements, la Fédération a constaté qu'il y avait aussi une forme de violence plus largement répandue, soit le harcèlement psychologique et professionnel. Notre intervention a donc été étendue à toute forme de violence. Rappelons que depuis la dernière négociation, les employeurs ont l'obligation de garantir aux infirmières un milieu de travail sain, exempt de violence et de harcèlement.

La FIIQ est une organisation dont 92 % des effectifs sont des femmes. Quel lien de solidarité a-t-elle développé avec d'autres groupes de femmes?

À travers toutes les luttes menées par les infirmières, elles ont largement démontré que leur action dépassait le cadre strictement syndical. C'est pourquoi la présence de la FIIQ est bien accueillie par les autres groupes de femmes. Une représentante de la FIIQ, Lucie Girard, conseillère au secteur Condition féminine, siège au conseil d'administration de la Fédération des



femmes du Québec. La FIIQ est également présente à la coalition qui a chapeauté la marche *Du Pain et des Roses*, au Réseau québécois d'action sur la santé des femmes. Chaque groupe y apporte son bagage, y partage son analyse des diverses problématiques vécues par les femmes et met de l'avant des solutions qui répondent vraiment à leurs besoins. Tous ces échanges ont permis entre autres de déterminer les revendications de la *Marche mondiale des femmes*. Échanger, partager, développer des alliances avec des groupes féministes ne peut qu'être enrichissant pour l'ensemble des femmes.

Au cours des dernières années, toutes on a vécu au quotidien et à des degrés divers, de nombreux changements comme professionnelle, comme travailleuse et comme femme. C'est collectivement, coude à coude, que toutes nous devons continuer d'avancer pour mieux faire face aux défis de l'avenir.

Stage au Mexique

Une prise de conscience importante

Dans le cadre d'un stage d'une durée de deux semaines sur les effets de la mondialisation, s'envolait, pour le Mexique, le 2 juillet dernier, un groupe de 14 militant-e-s syndicaux-ales québécois-e-s, dont 2 de la FIIQ. Ce stage a été organisé par le Centre international de solidarité ouvrière (CISO) avec ses partenaires mexicains, le Frente Autentico del Trabajo (FAT) et une fondation consacrée à l'éducation des travailleurs et travailleuses de la ville et de la campagne. (RORAC)

La diversité des activités proposées dans ce stage : conférences, exposés, rencontres de militant-e-s syndicaux-ales et de grévistes ainsi que les visites industrielles ont réellement permis aux stagiaires de mieux comprendre la situation politique, économique et syndicale du pays. Cette réalité s'avère fort différente de celle décrite dans les médias américains et canadiens. Ceux-ci ne font référence qu'au boom économique des dernières années qui ne profite en fait qu'aux plus riches. Ils parlent rarement des problèmes de chômage, corruption, violence, analphabétisme et de santé qui sont en quelque sorte le lot quotidien de la population mexicaine. Il est impossible dans le cadre d'un

stage de passer à côté de ces dimensions lorsqu'on se rend dans ce magnifique pays.

L'arrivée a coïncidé avec un moment historique. C'est en effet le 2 juillet, que les 100 millions de Mexicains et Mexicaines ont choisi pour mettre fin au règne du Parti révolutionnaire institutionnel (PRI) après 71 ans de pouvoir. Ils ont élu à la tête du pays Vincente Fox et son parti le Parti de l'action nationale (PAN). L'ensemble des groupes syndicaux (FAT, SNTSS, SME) rencontrés se réjouissaient du résultat des élections. L'objet de leur réjouissance n'était pas nécessairement la victoire du PAN mais bien plutôt la perspective de changement. Ce qui ressortait de leurs propos c'était la fierté d'avoir effectué un changement politique si majeur et ce sans violence, de façon démocratique à l'instar d'autres grandes nations. D'un point de vue politique, nos ami-e-s mexicain-e-s se sont dits sceptiques quant aux améliorations sociales qui surviendront avec l'arrivée au pouvoir du PAN. En effet, le PAN, comme le PRI, est un parti de droite, animé des mêmes valeurs et ayant les mêmes sensibilités à l'égard de l'économie et des investissements étrangers.

Un travail, mais quel travail!

Un des moments les plus intenses vécus au cours du stage, c'est le séjour des stagiaires dans la ville frontalière de Juarez. Dans cette ville située en plein désert mexicain, sous le soleil ardent, 42°, les stagiaires se sont rendues dans une zone de maquiladoras. La

ville de Juarez en compte plus de 370 qui emploient quelque 220 000 travailleuses et travailleurs. Une maquiladora peut se définir comme un domaine industriel clairement délimité où des entreprises étrangères ou nationales produisent principalement pour l'exportation et bénéficient d'incitatifs fiscaux et financiers. En d'autres termes, la maquiladora est le paradis de l'employeur mais il en va autrement pour les travailleuses et les travailleurs.

Quelques jeunes garçons attendant de rejoindre leur équipe de travail, acceptent de parler aux stagiaires. Salvatore, 18 ans, travaille depuis 2 ans dans une usine où on fabrique des courroies d'automobile. Il gagne l'équivalent de 50 \$ CA par semaine, pour 45 heures de travail. Un autre vient de Veracruz, il est ici avec toute sa famille. Tous travaillent dans des maquiladoras et tous rêvent d'aller au Nord. Les conditions de travail dans les maquiladoras sont épouvantables: cadence de travail très rapide, gestes répétitifs, peu ou pas de pause, licenciement lors de grossesse, absence de mesures de santé et de sécurité au travail, représailles lors de tenue de réunions de travailleuses-eurs et congédiement lors de tentative de syndicalisation.



Pour aider les travailleuses et les travailleurs des maquiladoras à s'organiser, le FAT a mis sur pied le CETLAC qui a pour mission d'offrir, entre autres, de la formation populaire sur des sujets reliés au travail et aux droits humains.

Pour conclure la visite à Juarez, les stagiaires ont rencontré madame Esther Chaves qui est la fondatrice de la Casa Amiga. Ce centre est né de la volonté de mettre fin aux problèmes de violence rencontrés à Juarez. Pas moins de 215 jeunes femmes ont été assassinées au cours des dernières années et, ce qui est d'autant plus alarmant c'est que peu d'effort a été mis par les autorités policières pour retrouver les coupables de ces meurtres crapuleux. Juarez est une ville violente où se côtoient drogue, alcool, chômage, promiscuité et inertie policière : tous les éléments pour que cette violence se perpétue. Dans ce cadre, la Casa Amiga fait un boulot exemplaire auprès des femmes et des familles qui subissent cette violence.

Un stage de 15 jours c'est bien peu pour comprendre et saisir toutes les réalités mexicaines, mais c'est suffisant pour ne plus jamais voir le Mexique uniquement comme le pays des plages à perte de vue, d'une mer sans fin et du soleil brillant pour tous et toutes.

*Lucille Auger, conseillère
Secteur Éducation-Animation
Françoise Gloutnay,
infirmière*

Le peuple haïtien poursuit sa lutte

C'est en mai dernier, que s'est déroulé le stage du CISO Haïti 2000. Trois des neuf participantes provenaient de la FIIQ : deux infirmières, l'une de Rimouski, l'autre de Montréal, et une conseillère du service Éducation-Animation. Les autres membres du groupe faisaient partie d'autres organisations membres du CISO.

Afin de donner la vision la plus juste, mais aussi la plus globale possible de la situation du pays et de sa population, les visites avec les groupes syndicaux et les associations avaient été fixées surtout à Port-au-Prince, la capitale, mais aussi au Cap-Haïtien et à Jacmel. Sur place, en plus des contacts avec les représentant-e-s de ces groupes, les stagiaires ont rencontré des paysans, des

infirmières, des médecins, des enseignant-e-s, des directeurs-trices d'écoles et d'établissements de santé...

Dans l'ensemble, les contacts ont été chaleureux.

Cependant, c'est à force d'insistance que certains milieux de la santé et un groupe de paysans ont accepté des rencontres. Comme bon nombre d'Haïtiens et d'Haïtiennes, ils ont peur des représailles. Et des représailles sont effectivement exercées contre eux. Quand les infirmières font une tentative de syndicalisation, celles qui sont soupçonnées d'en être les instigatrices, sont questionnées et surveillées et leur droit au travail est facilement remis en question. Quand les paysans décident de s'appropriier, pour les cultiver, les terres inexploitées des riches propriétaires terriens : récoltes brûlées, outils et machinerie brisés, attaques nocturnes. Ensemble, ils résistent et tiennent le coup, non seulement contre les producteurs mais également contre les représentants du gouvernement.

La désorganisation du pays fait qu'il manque de tout dans les hôpitaux : manque de médicaments, manque de sang, manque de personnel qualifié, manque d'équipement de base, manque d'argent... Le manque de matériel didactique pour la formation des infirmières est d'ailleurs une question qui préoccupe beaucoup la directrice du nursing du Cap-Haïtien. À ce chapitre, rien n'indique que les livres de nursing envoyés par le SINEQ, au printemps 1999, pour la formation des étudiantes en sciences infirmières, aient été distribués.

La situation dans tous les domaines et dans toutes les régions du pays demeure extrêmement précaire. Considérant la conjoncture politique, rien n'indique une amélioration de la situation à



court terme et ce, même avec le courage et la détermination dont font preuve les groupes dans leur lutte pour mettre en place une véritable démocratie, base essentielle à de meilleures conditions de vie.

Pour arriver à sortir Haïti de sa misère, toutes et tous sont d'avis que l'aide internationale devrait prioriser l'éducation, puisque seule l'éducation peut permettre une véritable et nécessaire prise en charge de sa situation par la population. À ce chapitre, la clinique SOFA (Solidarité familiales) prêche par l'exemple. Ainsi, pendant que les femmes attendent pour voir le médecin, l'infirmière en profite pour diffuser de l'informa-

tion sur différents sujets : alimentation, allaitement, contraception, violence conjugale, MTS... bref, toute information qui peut améliorer les conditions de vie des femmes et de leur famille. C'est un modèle d'éducation dont les responsables sont, avec raison, très fières.

On dit que le peuple haïtien est pacifique, patient et courageux, qu'il continue à espérer et à combattre malgré les difficultés. Cette lutte qui, pour ce peuple, est à recommencer chaque jour, témoigne de la fragilité de la démocratie.

*Hélène Tanguay, conseillère
Secteur Éducation-Animation
Lucienne Simard, infirmière*



Stages CISO : Haïti - Guatemala

Comme à chaque année, le CISO organise des stages avec des partenaires du Sud. Voici quelques informations pertinentes.

Les objectifs :

- connaître les organisations sociales qui jouent un rôle important au sein des luttes de ces pays;
- bâtir des solidarités actives pour faire face aux effets de la mondialisation;
- continuer un travail d'échange et de solidarité de retour au Québec.

Nombre de stagiaires : 10 personnes

La durée et les dates : Deux semaines de séjour
Haïti : début mai 2001 (date à confirmer)
Guatemala : début juillet 2001 (date à confirmer)

Les coûts : 800 \$ par personne, incluant le transport, les frais de séjour et d'hébergement.

Pour s'inscrire :

- se procurer le formulaire d'inscription au secrétariat du CISO, 9405, Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H1L 6P3 et le retourner dûment rempli au plus tard : Haïti : le 16 mars 2001
Guatemala : le 9 avril 2001;
- être retenu par un comité de sélection;
- participer aux sessions de formation préparatoires et au bilan.

***N'hésitez pas à vous inscrire
c'est une expérience des plus enrichissantes.***



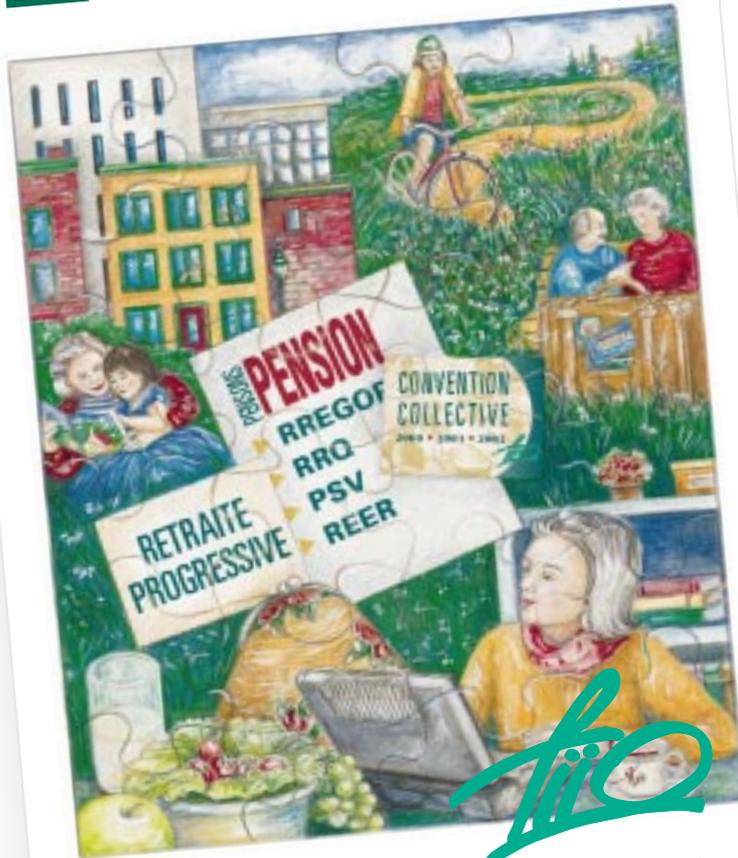
FÉDÉRATION DES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS DU QUÉBEC

POSTE-PUBLICATION

Convention 1466445

PENSONS PENSION

4^e
ÉDITION



FÉDÉRATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC

Pensions Pension

Elle sont attendues depuis déjà quelque temps... Plusieurs infirmières ont hâte qu'elles se tiennent dans leur région... Nombreuses sont celles qui veulent savoir quand elles pourront en profiter... Eh oui! les soirées d'information **Pensions Pension** sont de retour. La tournée a débuté à la fin de février et elle se poursuivra jusqu'à ce que toutes les régions soient visitées. Ainsi, les soirées d'information seront organisées sur une base régionale et parfois sous-régionale. Lors de ces soirées, on parlera surtout de l'aspect financier de la retraite. Il y sera donc question, entre autres, du RREGOP, du RRQ, du REER, de la retraite progressive... tout ce qu'il est nécessaire de connaître pour prendre sa retraite en bonne santé financière.

Dans les prochaines semaines, prochains mois, surveillez le tableau d'affichage...

On y annoncera la date, le lieu et l'heure de la tenue de la soirée

Pensions Pension.

Soyez au rendez-vous!

Siège social

2050, de Bleury, 4^e étage, Montréal (Québec) H3A 2J5
(514) 987-1141 Téléc. (514) 987-7273
Adresse internet : www.fiiq.qc.ca

▼ ADRESSE DE RETOUR

Bureau de Québec

1260, bd Lebourgneuf, # 300, Québec (Québec) G2K 2G2
(418) 626-2226 Téléc. (418) 626-2111
Adresse internet : www.fiiq.qc.ca