



Vol. 13, no 2, septembre 2002

Actualités

12 mai 2002

JOURNAL DE LA FIIQ

Urgence
d'agir

12 mai 2002

Offensive pour
contrer la violence
au travail

Dossier
L'assurance
médicaments...
Deux poids,
deux mesures

SST
Assignation
temporaire et
maladie
intercurrente

PMOI
Un exercice
nécessaire

CLSC de la Vallée
des Forts : Un projet
d'organisation
du travail réussi



Sommaire

En contact

Urgence d'agir

3



Actualités

Vol. 13, no 2, septembre 2002

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 :
Noëlla Savard
Yves Tremblay

Conseillères au service
Communication-Information :
Danielle Couture
Micheline Poulin

Responsable politique :
Michèle Boisclair,
3^e vice-présidente

■ Collaboration :

Conseillères :
Hélène Caron
Line Lanseigne
Lucie Mercier

■ Secrétariat :

Céline Bourassa

■ Conception graphique :

Josée Roy, graphiste

■ Photographie :

Jacques Lavallée
Rainville photographe

■ Impression :

Caractéra

ISSN : 1203-9829



La semaine internationale
de l'infirmière :
Offensive pour contrer
la violence au travail

4

Deux femmes
engagées

6



Coup de cœur
au Centre hospitalier
centre de la Mauricie

6

Dossier
L'assurance
médicaments...
Deux poids,
deux mesures

7

SST :
Assignation
temporaire et
maladie
intercurrente

11

PMOI :
Un exercice
nécessaire

12

CLSC de la Vallée
des Forts :
Un projet
d'organisation
du travail réussi

13



RREGOP :
Maintien de la
cotisation
obligatoire

14



À travers chants!

15

Le bien commun :
L'assaut final

16



En page couverture
Photo : Rainville photographe
12 mai, Journée internationale
de l'infirmière 2002, CHUQ,
pavillon St-François
d'Assise, Québec.
M. Jacques Bujold,
comédien, joue le rôle du
patient et les trois autres
figurantes sont des
infirmières.

Étant donné la publication, en juin dernier, du *FIIQ en Action*, le comité Journal a choisi de reporter la publication du *FIIQ Actualités* en septembre. Quant au prochain numéro, il sera normalement publié en décembre.

Dans ce numéro du *FIIQ Actualités*, vous trouverez, entre autres dans les pages centrales, un dossier spécial sur les modifications apportées à la Loi sur l'assurance-médicaments, contenues dans le projet de loi 98, adopté par le gouvernement en juin dernier.

Vos commentaires sont toujours lus avec beaucoup d'intérêt; vous pouvez nous les faire parvenir par courriel à : <info@fiiq.qc.ca>.

Le comité Journal

Urgence d'agir

Alors que s'achève l'été et ses grandes chaleurs, procéder à une évaluation de cette période apparaît nécessaire. Le problème de pénurie d'infirmières s'accroît pendant l'été, les problèmes engendrés, tels les heures supplémentaires obligatoires, le non-remplacement d'absences et l'épuisement ont augmenté, allant même, par exemple au Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais, pavillon de Hull, à la fermeture de la salle d'urgence pendant près d'un mois. Mesure extrême, s'il en est, qui témoigne bien de l'urgence de la situation et de l'obligation de mettre en place des mesures structurantes allant bien au-delà des mesures monétaires temporaires appliquées cet été. Bien sûr, ces mesures peuvent diminuer temporairement la pression qui s'exerce sur les infirmières, mais elles ne corrigent pas la situation de façon durable.



Appliquer les solutions maintenant

Nous sommes toutes conscientes de la charge de travail qui repose sur les épaules des infirmières, charge qui s'accompagne d'une augmentation importante de stress générant des absences maladies plus ou moins longues. Les infirmières craignent d'entrer au travail dans ces conditions et les malades qui leur sont confiés risquent de manquer des soins requis par leur état.

Plusieurs solutions ont été répertoriées dans les rapports de comités tels que le comité de la planification de la main-d'œuvre au plan national, les comités de rétention ou encore les comités de redressement dans certains établissements. Nous en sommes maintenant à l'application des solutions concrètes sur le terrain et il doit y avoir une volonté très claire de faire les investissements budgétaires requis pour leur mise en place. Nous ne pouvons plus nous satisfaire des réponses données. Des solutions sont identifiées : ajout de personnel de soutien, préposé-e-s aux bénéficiaires, réceptionnistes... la solution est bonne mais la réponse du manque d'argent disponible pour les payer est inadmissible. Si on veut garantir l'accessibilité aux services de santé à la population et diminuer la charge de travail des infirmières et les heures supplémentaires obligatoires, un investissement financier très clair de la part du ministère de la Santé et des Services sociaux s'impose, afin de

mettre en application toutes les solutions permettant de diminuer les effets de la pénurie.

Poursuivre les exercices de PMOI

La Fédération a fait des pressions auprès du gouvernement et a participé activement au Forum national sur la planification de la main-d'œuvre. Depuis le dépôt du plan d'action, la FIQ a créé des outils de travail et d'analyse, a donné des sessions de formation aux équipes locales et a offert le soutien nécessaire à celles qui ont débuté un exercice de planification de la main-d'œuvre au niveau local.

Lorsqu'il est question d'organisation du travail, le défi reste de taille pour les militantes locales, d'où l'importance de l'implication syndicale du plus grand nombre de membres possible. Les infirmières doivent poursuivre le travail avec les membres de l'équipe locale pour identifier les bonnes solutions. Les équipes locales doivent être prêtes à négocier et doivent exiger les investissements financiers nécessaires à l'application des solutions. Ce message doit être entendu à tous les niveaux, local, régional et national. D'ailleurs, avec la négociation, c'est à l'échelle du Québec que les revendications des infirmières seront portées.

La prochaine ronde de négociation

Lors du dernier conseil fédéral, les déléguées ont adopté une nouvelle struc-

ture d'information et d'appui qui tenait compte des commentaires formulés et des modifications suggérées lors du bilan de la dernière négociation. Pour la Fédération, une présence constante auprès des membres et un réseau de communications efficace qui fonctionne dans les deux sens sont garants d'une plus grande implication syndicale et contribueront certainement à faire entendre les priorités que les infirmières se donneront.

Tout en continuant à chercher des moyens d'augmenter le rapport de force des infirmières aux tables centrale et sectorielle de négociation en créant des alliances, la Fédération s'engage également à examiner des moyens pour que les membres aient plus d'emprise dans les négociations de leurs conditions de travail et de vie.

L'état actuel du réseau de la santé, conjugué à la pénurie d'infirmières, rend les conditions de travail des infirmières, plus que difficiles. La prochaine ronde de négociation sera pour nous une autre occasion de le dire publiquement haut et fort et d'exiger des solutions durables. De là l'importance d'être solides et solidaires non seulement entre nous mais aussi avec les autres pour améliorer et pour changer les choses.

Jennie Skene,
présidente

La semaine internationale de l'infirmière 2002

Offensive pour contrer la violence au travail

tolérance **ZÉRO**

on passe à **l'action**

FÉDÉRATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC
12 mai 2002

Quotidiennement, les infirmières sont confrontées au phénomène de la violence. L'élimination de toutes les formes de violence est une priorité pour la FIIQ. Dans le cadre de la semaine internationale de l'infirmière 2002, le mot d'ordre «Travailler dans la dignité, on passe à l'action» a encadré les différentes activités des syndicats affiliés à la Fédération.

Dans la continuité du plan d'action de la FIIQ, les syndicats et les infirmières ont poursuivi ou terminé les discussions afin de signer la déclaration de principes qui engage formellement l'ensemble des intervenant-e-s à contrer la violence au travail.



CHUQ, pavillon St-François d'Assise, Québec



CHUM, Campus Hotel-Dieu, Montréal



Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Montréal



Hôpital de Montréal pour enfants

CLSC CHSLD Rimouski-Neigette

Une panoplie d'activités : dîner, souper, conférence, atelier de discussions, pièce de théâtre, kiosque, ainsi que l'affichage massif d'affiches et d'affichettes ont permis de sensibiliser les infirmières en illustrant les différentes manifestations de la violence en milieu de travail. Le 12 mai a donc permis aux infirmières membres de la FIQ de poursuivre une réflexion collective sur la violence. Cette réflexion se poursuivra à l'automne, en octobre, au moment de la semaine annuelle en santé et sécurité au travail. C'est à suivre...



CLSC CHSLD BMC Denis Riverin, Ste-Anne des Monts



CLSC de la Vallée, Causapscal



Deux femmes engagées

En mai dernier, deux militantes ayant, chacune à leur façon, marqué la Fédération sont décédées. En effet, Raymonde Bossé et Nicole Gosselin nous ont quittées à la suite de maladies.

Raymonde Bossé

Infirmière de formation, militante engagée dans le syndicalisme infirmier, Raymonde Bossé était l'une des trois présidentes fondatrices de la FIIQ. En 1987, au moment de la création de la Fédération, elle était à la tête de la Fédération des infirmières et infirmiers unies. Elle a, par la suite, occupé le poste de vice-présidente de la Fédération jusqu'en 1996. Les mandats de Raymonde ont été à l'enseignement de la qualité des services aux membres et de la défense de leurs droits. Femme de devoir, mais surtout de cœur, elle a su porté haut et fort les revendications des infirmières. Elle a toujours été habitée de l'énergie des vainqueurs et on peut dire d'elle qu'elle était une battante.

Depuis son départ de la Fédération, Raymonde pratiquait comme infirmière au CH Lasalle et exerçait la profession de massothérapeute. Madame Bossé laisse à notre mémoire son engagement, sa conviction et sa détermination.



Nicole Gosselin

Femme d'engagements et de parole, Nicole a grandi au bord du fleuve à Rimouski, puis a remonté le courant vers Québec et Montréal.

Infirmière de formation, membre du Barreau depuis 1980, Nicole a consacré sa vie à représenter les travailleuses et les travailleurs et à défendre le Québec, qu'elle aimait passionnément, avec fougue et détermination. Des mineurs de l'amiante aux infirmières de la FIIQ, son talent et son énergie ont toujours été au service des autres.

Raymonde et Nicole, les infirmières et les militantes de la FIIQ vous saluent chaleureusement...

Coup de cœur au Centre hospitalier centre de la Mauricie

Le comité Santé et Sécurité au travail du Centre hospitalier centre de la Mauricie, a choisi la journée de la Saint-Valentin pour organiser une activité afin de resserrer les liens entre les infirmières. Ainsi, des petites cartes de souhaits étaient disponibles et toutes celles qui le désiraient ont pu faire parvenir à une collègue un message d'encouragement, de remerciement ou tout simplement de solidarité. La vente des cartes a aussi permis d'amasser des fonds qui ont servi à organiser une soirée pour les infirmières où l'humoriste, Michel Barrette, était invité. Une activité simple, facile à organiser, mais qui a fait chaud au cœur à bien des infirmières.

Bravo à l'équipe locale!



L'ASSURANCE MÉDICAMENTS... DEUX POIDS, DEUX MESURES

DOSSIER

EN JUIN DERNIER, LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC ADOPTAIT LA LOI 98, LOI QUI MODIFIE LA LOI SUR L'ASSURANCE MÉDICAMENTS ET POUR LAQUELLE DES CONSULTATIONS PARTICULIÈRES ONT EU LIEU LES 28, 29 ET 30 MAI 2002. LA FIIQ A ÉTÉ INVITÉE À PARTICIPER À CES CONSULTATIONS.

CE DOSSIER SPÉCIAL CONTIENT QUATRE PARTIES QUI TRACENT LES ORIGINES DU RÉGIME, LES ORIENTATIONS GOUVERNEMENTALES, NOS COMMENTAIRES SUR CES ORIENTATIONS AINSI QUE NOS RECOMMANDATIONS.

ÉTANT DONNÉ LE CHOIX QU'A FAIT LE GOUVERNEMENT EN ADOPTANT CE PROJET DE LOI, LA FIIQ CONTINUERA, QUANT À ELLE, DE DÉFENDRE LA CRÉATION D'UN RÉGIME PUBLIC UNIVERSEL PARCE QUE C'EST LE SEUL RÉGIME QUI PEUT RÉPONDRE ADÉQUATEMENT AUX BESOINS DE LA POPULATION EN MATIÈRE DE SANTÉ.



Les origines du régime

Lors de la mise en place de l'assurance-maladie au début des années 1970, il avait été question d'y intégrer une protection pour les médicaments. Malheureusement, cela ne s'est pas réalisé. Par la suite, dans la foulée des compressions budgétaires du milieu des années 1990, dans un contexte de virage ambulatoire, de chirurgie d'un jour et de durées de séjour hospitalier écourtées, cette protection s'est révélée absolument indispensable.

Les mesures en vigueur ayant été jugées désuètes, plusieurs rapports ont été commandés en vue de renouveler le système en place : rapports Demers, Gagnon et Castonguay. Ainsi, le rapport Gagnon proposait un régime universel public et, chiffres à l'appui, démontrait la capacité de la société québécoise à le financer. Le rapport Castonguay, publié quelques mois plus tard et largement influencé par le milieu de l'assurance, proposait plutôt un régime mixte, public/privé. C'est cette dernière option que le gouvernement du Québec a finalement retenue. En 1996, il adoptait le Régime général d'assurance médicaments (RGAM) et comptait de plus récupérer 200 millions de dollars grâce aux contributions des nouveaux-elles assuré-e-s.

Or, le régime mixte est vite devenu déficitaire. Basées sur des prévisions d'augmentation de dépenses annuelles de 7 % établies par le rapport Castonguay, alors que les augmentations réelles ont été de l'ordre des 15 et 16 %, les cotisations réclamées aux assuré-e-s se sont rapidement avérées insuffisantes.

Comme prévu par la loi, en 2000, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a procédé à une évaluation du Régime général d'assurance médicaments. Le rapport Tamblyn a été rendu public. Ce dernier démontrait de graves problèmes d'accès aux traitements pharmaceutiques chez certains groupes d'assuré-e-s (personnes âgées et personnes assistées sociales). Par ailleurs, quelques jours avant le dépôt des mémoires pour la consultation en commission parlementaire, le Ministère faisait connaître ses orientations dans le document *Les pistes de révision du régime général d'assurance médicaments* : sept scénarios y étaient proposés, dont un régime «catastrophe» et un régime public universel.

Les orientations gouvernementales

Pour faire face au problème budgétaire que représente le Régime général d'assurance médicaments, le ministère de la Santé et des Services sociaux a publié *L'assurance-médicaments : un acquis social à préserver*, document à l'appui du projet de loi 98 qui visait à modifier la Loi sur l'assurance médicaments et pour lequel des consultations particulières ont eu lieu les 28, 29 et 30 mai 2002.



Le document du MSSS aborde d'abord la place qu'occupe le Régime général d'assurance médicaments dans l'ensemble du système de santé au Québec. Il propose ensuite une analyse de la croissance des coûts de la portion publique du régime d'assurance médicaments et place l'enjeu du financement dans le contexte budgétaire du gouvernement du Québec. Il souligne que les besoins financiers du régime public pour 2002-2003 sont de 420 millions de dollars.

Puisqu'il a décidé de reconduire 145 millions de dollars, il reste à combler pour l'année 2002-2003, 275 millions de dollars. Pour y arriver, il propose enfin des avenues de solution axées sur l'accroissement de la contribution des usager-ère-s au financement du régime et, dans le cadre d'une meilleure utilisation des médicaments, la création du Conseil du médicament et la conclusion d'ententes de partenariat avec l'industrie pharmaceutique.

Le projet de loi 98 reprend donc, pour les concrétiser, ces trois sujets : le financement, la création d'un conseil du médicament et la conclusion d'ententes entre le MSSS et les fabricants de médicaments pour le financement d'activités visant l'amélioration de l'utilisation des médicaments.

Le financement

Au chapitre du financement, le projet de loi 98, sanctionné le 13 juin 2002 et entré en vigueur pour l'essentiel au début du mois de juillet dernier, prévoit l'ajustement des trois paramètres de financement : la prime, la coassurance et la franchise. Des ajustements annuels de la prime, de la franchise, de la contribution maximale et de la coassurance sont prévus.

En somme, le Ministre n'aura plus à faire adopter chaque année des modifications législatives pour équilibrer le budget du régime d'assurance médicaments. Ces paramètres seront dorénavant déterminés par règlement. Au total, par l'augmentation des différents paramètres du régime, le gouvernement compte recueillir 111 millions de dollars supplémentaires auprès des assuré-e-s.

Le Conseil du médicament

Le projet de loi vise à instituer un conseil du médicament (non encore en vigueur) en remplacement de l'actuel Conseil consultatif de pharmacologie (CCP), du Comité de revue de l'utilisation du médicament (CRUM) et du Réseau de revue d'utilisation des médicaments (RRUM). Ce conseil sera composé d'un-e président-e, d'un-e vice-président-e et de 13 autres membres dont cinq experts en pharmacologie, deux experts en économie de la santé ou en épidémiologie, un-e représentant-e du ministre et un-e directeur-trice général-e du conseil.

Le Conseil du médicament aura pour fonctions d'assister le ministre dans la mise à jour de la liste des médicaments et de favoriser l'utilisation adéquate des médicaments. Il aura aussi pour fonction de faire des recommandations au ministre sur l'établissement et l'évolution des prix des médicaments et sur toute autre question. De plus, il aura la responsabilité de la gestion d'un fonds pour l'utilisation optimale des médicaments auquel contribuera l'industrie pharmaceutique. Ce fonds financera des études de revue d'utilisation des médicaments et de la formation pour les professionnel-le-s de la santé. La contribution totale de l'industrie pharmaceutique attendue au plan d'action gouvernemental, dont fait partie le fonds, est de 13,4 millions de dollars dont 5 millions iraient au fonds.

Afin de mettre à jour la liste des médicaments, le Conseil devra donner son avis au ministre à partir des nouveaux critères de décision pour l'inscription des médicaments, à savoir : la valeur thérapeutique de chaque médicament; la justesse du prix et le rapport entre le coût et l'efficacité de chaque médicament; l'impact de l'inscription de chaque médicament à la liste sur la santé et les autres composantes du système de santé; l'opportunité de l'inscription d'un médicament à la liste en regard de l'objet du régime d'assurance médicaments qui consiste à assurer un accès raisonnable et équitable aux médicaments.

En plus du conseil du médicament, une table de concertation sera mise en place afin de consulter le milieu sur l'utilisation optimale des médicaments.

Les ententes

Le ministre de la Santé et des Services sociaux pourra conclure avec les fabricants de médicaments, des ententes ayant pour objet le financement d'activités visant l'amélioration de l'utilisation des médicaments. Ces ententes pourront prévoir entre autres les montants que les fabricants et le gouvernement s'engagent à verser, de même que les modalités de gestion de ces sommes. Le gouvernement a déjà fixé à 90 millions de dollars la participation annuelle des compagnies pharmaceutiques à ces ententes de partenariat.

Application du rapport Montmarquette

Dans la foulée de la commission parlementaire de février et mars 2000, madame Pauline Marois, alors ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux, a mandaté Claude Montmarquette, économiste à l'Université de Montréal, à titre de président d'un comité chargé d'étudier la pertinence et la faisabilité de la mise en place d'un régime public et universel d'assurance médicaments, ainsi que les modalités de financement. Le comité a déposé son rapport en décembre 2001. La presque totalité des recommandations du rapport Montmarquette sont suivies par le gouvernement, qu'il s'agisse du maintien du régime mixte, du financement plus transparent et équitable (paiement des deux franchises lors du renouvellement des ordonnances par anticipation), du partage de l'information entre la RAMQ et le ministère du Revenu, de la révision des critères d'inscription à la liste des médicaments et du maintien de la formule actuelle de remboursement afin de stimuler le développement de l'industrie pharmaceutique (rejet de la formule du prix le plus bas et du prix de référence), de la création d'un fonds pour le suivi de l'utilisation des médicaments et de celle d'un conseil du médicament et finalement de l'absence de déficit.

Essentiellement, on peut dire que seule la recommandation portant sur l'élimination de la franchise et l'augmentation de la coassurance à 35 ou 40 % n'est pas suivie. Par contre, la loi prévoit maintenant l'augmentation et l'indexation annuelle des trois paramètres de financement du régime (la prime, la franchise et la coassurance). De plus, le gouvernement adhère à l'idée que le régime ne doit pas accumuler de déficit. Ainsi, il n'est pas exclu que la coassurance atteigne les 35 ou 40 % dans les années à venir.

Le Conseil du médicament

Le conseil du médicament proposé devait initialement comprendre quatre personnes qui ne sont ni médecins ni pharmaciens. Dans le document du MSSS de 2002, on parle de membres sociétaux. Dans celui de 2000, on parlait de membres des milieux socio-économiques et académique. Qui sont donc ces quatre personnes? Des représentants de l'industrie? Le ministre a resserré sa description dans la version finale de la loi à la suite des pressions. Il a précisé que ces personnes ne doivent pas être des représentants d'un assureur, d'un administrateur de régime d'avantages sociaux, d'un fabricant de médicaments ou d'un grossiste en médicaments. Ces restrictions sont-elles suffisantes pour éviter les conflits d'intérêts et écarter définitivement les représentants de l'industrie? L'interprétation qui sera faite de cet article nous permettra d'en juger.

La Fédération s'est vivement opposée à la présence de représentants de compagnies pharmaceutiques dans de tels lieux de décision afin d'éviter d'ériger en système le lobbying que ces compagnies exercent déjà auprès des différentes composantes gouvernementales. Les compagnies ne peuvent être juges et parties en ce qui a trait aux décisions d'inscrire ou non certains médicaments sur la liste des médicaments.

La participation financière des compagnies pharmaceutiques au financement du plan d'action et du fonds pour l'utilisation optimale des médicaments pose également le même type de problème éthique à l'égard du gouvernement et de la société. La FIIQ considère que la contribution sociale des compagnies pharmaceutiques devrait se faire d'une manière neutre, comme celle de n'importe quelle citoyenne et citoyen qui paie ses impôts sans que cela ne lui ouvre d'entrée privilégiée dans les sphères du pouvoir gouvernemental.

Des décisions favorables à l'industrie pharmaceutique

Nous pouvons affirmer que la position gouvernementale favorise, encore une fois, l'industrie du médicament plutôt que l'ensemble des citoyennes et citoyens du Québec. Ces choix coûtent cher aux contribuables. En effet, en refusant de prendre en considération deux pistes de solution qui avaient déjà été évoquées dans le document du MSSS en 2000 et reprises largement par les intervenant-e-s en commission parlementaire, soit la politique du prix le plus bas (d'ailleurs appliquée intégralement ailleurs au Canada) et celle du prix de référence (meilleur coût/efficacité, appliquée en Colombie-Britannique et en Nouvelle-Écosse), le gouvernement fait le choix de maintenir artificiellement hauts, les prix des médicaments.

Encore une fois, l'industrie du médicament et particulièrement l'industrie des produits brevetés, une des industries les plus lucratives au monde, plus encore que les banques selon les récentes données publiées par la Chaire d'études socio-économiques de l'Université du Québec à Montréal, sont favorisées au détriment de l'intérêt général de la population. Le gouvernement subventionne donc indirectement l'industrie, mais il n'hésite pas à cautionner les recommandations Montmarquette et à se donner des règles plus strictes pour éviter que des citoyen-ne-s débrouillard-e-s ne puissent profiter d'un renouvellement anticipé de leurs médicaments et économiser 8,33 \$ un mois sur deux (environ 50 \$ par année). Au total, c'est 111 millions de dollars (35 + 76) supplémentaires que paieront les assuré-e-s. C'est donc deux poids, deux mesures, au profit des citoyens corporatifs et au détriment des simples citoyen-ne-s!

Vers un «régime catastrophe»

Bien que le gouvernement dise avoir écarté l'idée d'un «régime catastrophe», la Fédération ne peut s'empêcher de constater que de la façon dont le Régime général d'assurance médicaments évolue, il s'achemine vers un tel type de régime, pour les adhérent-e-s et les personnes âgées ne recevant pas le supplément de revenu garanti (SRG) ou recevant le SRG partiel. En effet, pour faire assumer une croissance annuelle du coût des médicaments d'environ 16 % par les adhérent-e-s et une partie des personnes âgées, les paramètres de contribution au régime général devront

être généreusement augmentés à chaque année. Dans l'immédiat, les augmentations proposées pour tous les paramètres sont de 9,6%.

Déjà la coassurance est passée à 27,4 % le 1^{er} juillet pour les adhérent-e-s et une partie des personnes âgées. Elle est de 30 % en Colombie-Britannique et de 35 % en Saskatchewan qui ont toutes deux établi un « régime catastrophe ». Quant à la franchise, elle est établie à 600 \$ annuellement en Colombie-Britannique et à 850 \$ par semestre en Saskatchewan. Elle n'a été établie qu'à 109,56 \$ au Québec, mais la contribution annuelle maximale est passée à 822 \$ par année alors qu'elle était évaluée à un maximum de 2000 \$ dans un régime catastrophe au Québec. Au rythme des augmentations imposées cette année (9,6 %), ce maximum serait atteint en moins de 10 ans.

Finalement, bien que la prime n'existe pas dans la plupart des régimes catastrophe, elle était prévue dans le scénario catastrophe du MSSS en 2000. Elle y était établie à 225 \$ par adulte. Voici qu'elle est portée à 422 \$ par individu dans la présente proposition, alors qu'elle n'était que de 175 \$ en 1997. Au total, prime et contribution maximale combinées, l'augmentation de la contribution individuelle maximale exigée par le Régime général d'assurance médicaments pour les adhérent-e-s et les personnes âgées sans SRG est de 34,5 % depuis 1997. Et des indexations annuelles de tous les paramètres sont prévues annuellement et sans limite pour les prochaines années! Si le régime proposé ne s'appelle pas un régime catastrophe, il semble toutefois en posséder toutes les caractéristiques. Et à ce rythme, si rien n'est fait, il sera en place avant la fin de la prochaine décennie.

Les recommandations de la FIIQ présentées lors de la commission parlementaire



Les recommandations formulées ne sont pas nouvelles. Toutefois, dans les circonstances actuelles, on ne peut que réitérer les opinions exprimées lors de la consultation précédente puisque la situation a peu évolué depuis deux ans.

Un régime public et universel

Après cinq années d'application du régime mixte d'assurance médicaments, la Fédération croit que la démonstration est faite que ce régime a du plomb dans l'aile. Il n'est pas viable à long terme comme bon nombre d'intervenant-e-s l'ont déjà soutenu. C'est pourquoi la FIIQ réitère son adhésion à un régime public universel géré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, et ce, dans l'esprit du rapport Gagnon.

Une politique du médicament

Bien que le ministère de la Santé et des Services sociaux ait le mandat, depuis 1996, par la *Loi sur l'assurance-médicaments*, d'élaborer une politique du médicament, cette politique n'a toujours pas vu le jour. La FIIQ réitère donc son appui à la mise en place d'une politique du médicament dans le respect de la *Charte pour une plus grande équité dans les médicaments* essentiels, adoptée par l'Organisation mondiale de la santé.

Une révision de la politique industrielle

Le gouvernement du Québec qui poursuit une politique industrielle favorable au développement de l'industrie du médicament breveté, s'est placé dans une situation où sa politique sociale et sa politique industrielle sont de plus en plus en contradiction flagrante. La FIIQ estime que la politique industrielle, largement subventionnée par les citoyennes et les citoyens du Québec, doit être revue pour que l'équilibre entre les intérêts de chacun des groupes soit rétabli.

La maîtrise de l'augmentation du coût des médicaments

Le coût des médicaments, avec une progression de plus de 15 % annuellement, semble complètement hors de contrôle. Le gouvernement doit prendre les décisions qui s'imposent pour maîtriser cette progression effrénée. Entre autres, il lui faut adopter une politique du prix le plus bas et une politique du prix de référence.

Le Conseil du médicament

Le gouvernement doit garantir la neutralité des instances chargées d'évaluer les produits pharmaceutiques et de dresser la liste des médicaments. Il doit absolument éviter toute apparence de conflit d'intérêts qui compromettrait leur crédibilité. Il doit s'abstenir d'ériger en système le lobby industriel.

Pour en savoir plus

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *L'assurance-médicaments : un acquis social à préserver*. <<http://www.msss.gouv.qc.ca/f/documentation/publicaune.htm>>
- LAUZON, Léo-Paul et Marc HASBANI, *Analyse socio-économique de l'industrie pharmaceutique brevetée pour la période de dix ans 1991-2000*, s.l., CHAIRE D'ÉTUDES SOCIO-ÉCONOMIQUES DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL, 2002. <<http://www.unites.uqam.ca/cese/>>
- GOUVERNEMENT DU CANADA, SANTÉ CANADA, *L'assurance-médicaments au Canada : enjeux et options*, par Ake BLOMQUIST et Jing XU, s.l., Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2001. <<http://www.hc-sc.gc.ca/iacob-dgiac/arad-draa/francais/dgdr/wpapers/pharmaf02.html>>

SST : assignation temporaire et maladie intercurrente

Lorsqu'une infirmière est victime d'une lésion professionnelle, l'employeur peut lui assigner temporairement un travail conformément aux dispositions de l'article 179 LATMP¹. Au cours de cette assignation temporaire, elle peut s'absenter de son travail en raison d'une maladie personnelle, appelée *maladie intercurrente* dans le jargon de la CSST, sans relation aucune avec sa lésion professionnelle. En vertu de quel régime doit-elle être indemnisée? À quel type de prestations a-t-elle droit?

Dans pareille situation, l'infirmière a droit à l'indemnité de remplacement du revenu (IRR) versée en vertu de la LATMP, et ce, que sa lésion professionnelle soit consolidée² ou non. Toutefois, la CSST ainsi que l'employeur doivent être informés sans délai, avec un certificat médical à l'appui, de la survenance de cette invalidité personnelle rendant l'infirmière incapable de poursuivre son assignation temporaire. La CSST devra alors aviser l'employeur de sa décision de reprendre le versement de l'IRR prévue à la LATMP. Dans le cas contraire, il y aura alors lieu de demander la révision de cette décision dans les 30 jours de sa notification en utilisant le formulaire de la FIQ³ prévu à cette fin.

Exemple

Josée est assignée temporairement à la suite d'une blessure au dos. Pendant la période de son assignation, elle doit subir une hystérectomie. Elle devra aviser la CSST et son employeur de cette chirurgie et leur fournir un certificat médical. Au cours de son absence du travail, elle recevra alors une IRR telle que prévue par la LATMP.

En effet, même s'il s'agit d'une maladie personnelle sans relation avec la lésion professionnelle, l'infirmière a droit au versement de l'IRR tant qu'elle est incapable d'exercer son emploi prélésionnel et que sa lésion professionnelle n'est pas consolidée. S'il survient une maladie personnelle en cours d'assignation temporaire dans le contexte où sa lésion professionnelle est consolidée, l'infirmière a

1. Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.
2. La consolidation c'est la guérison ou la stabilisation de la lésion à la suite de laquelle aucune amélioration de l'état de santé de la travailleuse n'est prévisible, (LATMP, article 2).
3. Se procurer au local syndical le formulaire *Demande de révision* élaboré par la FIQ pour contester toute décision rendue par la CSST.

également droit au versement de l'IRR tant qu'elle a besoin de réadaptation pour redevenir capable d'exercer son emploi ou un emploi convenable. Entre-temps, si l'invalidité liée à cette maladie personnelle prend fin, l'employeur peut à nouveau assigner temporairement un travail à l'infirmière selon les modalités prescrites par la loi.

Il est donc important de demeurer vigilante afin d'être indemnisée selon le bon régime. En cas de doute, rendez-vous au local syndical, on saura répondre à vos questions!

*Hélène Caron, conseillère
secteur Santé et Sécurité au travail*



Le REER du Fonds, un outil **aussi** pour les femmes!

Pensez à vous!

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

Un petit montant par semaine peut faire une grande différence.

EXEMPLES DE RETENUES SUR LE SALAIRE AVEC RÉDUCTION D'IMPÔT IMMÉDIATE					
ANNÉE D'IMPOSITION 2002 (26 PÉRIODES DE PAIE)					
REVENU IMPOSABLE SE SITUANT ENTRE	CONTRIBUTION PAR PAIE	ÉCONOMIES D'IMPÔT (APPROX.) CRÉDITS + REER		PAIE NETTE RÉDUITE (APPROX.)	TOTAL INVESTI PAR ANNÉE
26 000 \$ - 31 677 \$	40,00 \$	12,00 \$	13,36 \$	14,64 \$	1 040,00 \$
	100,00 \$	30,00 \$	33,40 \$	36,60 \$	2 600,00 \$
	192,31 \$	57,70 \$	64,23 \$	70,38 \$	5 000,00 \$
31 678 \$ - 53 404 \$	40,00 \$	12,00 \$	15,36 \$	12,64 \$	1 040,00 \$
	100,00 \$	30,00 \$	38,40 \$	31,60 \$	2 600,00 \$
	192,31 \$	57,70 \$	73,84 \$	60,77 \$	5 000,00 \$
53 405 \$ - 63 353 \$	40,00 \$	12,00 \$	16,96 \$	11,04 \$	1 040,00 \$
	100,00 \$	30,00 \$	42,40 \$	27,60 \$	2 600,00 \$
	192,31 \$	57,70 \$	81,53 \$	53,08 \$	5 000,00 \$

N'oubliez pas que vous pouvez obtenir les services d'une responsable locale ou d'un responsable local (RL) dans votre milieu de travail.

Renseignez-vous auprès de votre syndicat et auprès de **Alain Desrochers**, coordonnateur-FIQ au Service du développement de la souscription au Fonds.

1 800 567-FONDS
www.fondsftq.com



FONDS
de solidarité FTQ
La force du travail

La valeur de l'action fluctue. Pour des renseignements détaillés sur les actions du Fonds, consultez le prospectus offert à nos bureaux.

Depuis l'automne dernier, la Fédération a multiplié les efforts et mis de l'avant les outils et le soutien nécessaire pour faciliter le démarrage du plus grand nombre possible d'exercices de planification de la main-d'œuvre infirmière (PMOI) au niveau local. Ainsi, pour les membres des équipes locales, des sessions de formation ont été données et pour aider celles qui font un exercice de planification de la main-d'œuvre, une équipe de soutien a été mise sur pied et des outils de travail ont été distribués. De plus, le responsable politique, Daniel Gilbert, a rencontré des représentant-e-s des régies régionales afin de les sensibiliser à la question. D'ailleurs plusieurs d'entre elles ont privilégié les outils de la Fédération pour mener à bien cet exercice.

Au moment de mettre sous presse, près de 70 établissements ont été identifiés pour débiter un exercice de PMOI et le processus s'est enclenché dans plus de 35 établissements et on peut affirmer que les travaux vont bon train. D'ailleurs, le FIIQ Actualités a demandé à quelques militantes des équipes locales qui font un exercice de PMOI de témoigner de leur expérience. Voici les commentaires des membres des équipes locales du Centre hospitalier de la région de l'Amiante, du Pavillon Albert-Prévost et de l'Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré.

Centre hospitalier de la région de l'Amiante

« Le bien-être des infirmières, l'amélioration des conditions de travail, le manque d'infirmières et le travail fait conjointement avec la Fédération sont autant de motifs qui nous ont incitées à faire un exercice de PMOI. D'ailleurs, les infirmières de notre centre ont eu une réaction des plus favorables compte tenu de la surcharge de travail qu'elles ont régulièrement. Par contre, elles s'interrogent sur leur participation dans la démarche et la mise en application des solutions qui seront retenues. L'employeur s'est montré très intéressé par le projet. Il s'implique dans le processus et démontre une ouverture pour faciliter la prise des libérations syndicales.

Dans l'ensemble, la démarche est positive et nous en sommes à l'analyse globale afin de tracer un portrait pour l'ensemble de l'établissement. Notre prochaine rencontre devrait nous permettre de présenter celle-ci à l'employeur afin d'identifier les actions à prendre pour mettre en place des solutions durables. »

Maryse Turgeon
Martial Rousseau
Daniel Fortier

Pavillon Albert-Prévost

« Nos membres sont très impliquées syndicalement et si besoin est nous sommes toujours parties prenantes à expérimenter de nouvelles façons de faire. De plus, nous vivons un gros problème de pénurie d'infirmières et la relève est absente. Notre objectif était de trouver des solutions efficaces qui permettraient aux infirmières de continuer de travailler dans des conditions plus acceptables, tout en assurant la rétention et l'attraction des infirmières dans l'établissement. La PMOI semblait un outil des plus intéressants. C'est par l'intermédiaire de notre conseiller syndical, Michel Lamoureux, que nous avons été davantage sensibilisées à la démarche de la planification de la main-d'œuvre.

Ainsi, nous avons consulté les membres afin de vérifier leur adhésion à une telle démarche. Leur réaction a été très favorable. Nous poursuivons nos consultations afin de valider avec elles les différentes étapes du processus. Les infirmières apprécient beaucoup cette initiative de la FIIQ et le soutien constant d'une conseillère est très appréciée, par l'équipe syndicale, par les infirmières et par l'employeur.

Compte-tenu que l'employeur était un peu réticent à faire cet exercice par le biais du CSI, nous avons convenu de former un comité patronal-syndical PMOI. L'employeur collabore et nous n'avons aucun problème pour obtenir les renseignements nécessaires à notre travail ainsi que des libérations syndicales.

Bien que nous soyons toujours à la phase du diagnostic, c'est-à-dire tracer un portrait général de notre centre, nous sommes convaincues que cet exercice sera positif et des plus stimulants pour chacune d'entre nous. C'est ensemble que nous identifierons des solutions et les mettrons de l'avant. »

Diane Gaze, présidente
Maude Lanctôt, secrétaire-trésorière
Élizabeth Ruel, vice-présidente
Chantal Pagé, conseillère FIIQ

Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré

« C'est à la suite de la formation donnée par la Fédération sur la planification de la main-d'œuvre que nous avons réalisé toute l'importance de faire cet exercice dans notre centre. Le grave problème de rétention, le peu de relève, le recours systématique aux heures supplémentaires pour combler le manque d'infirmières et les changements majeurs au niveau administratif nous ont aussi motivées à faire une PMOI.

Au début de la démarche, l'employeur n'était pas très favorable à nous libérer, mais rapidement il a compris toute l'importance d'un tel exercice et les rencontres se font régulièrement et les échanges sont positifs.

Quant aux membres, nous leur avons fait parvenir un questionnaire afin d'avoir un portrait le plus juste possible des situations qu'elles vivent quotidiennement. Le taux de réponse a été très bon et un bon nombre nous ont mentionné l'importance de trouver des solutions pour préparer une relève.

En terminant, nous pouvons dire que même si faire une PMOI demande du temps et de l'énergie, cela est motivant, car nous sommes convaincues qu'il est possible de passer à l'action pour mettre en place des mesures à court, moyen et long terme qui corrigeront et préviendront des situations de pénurie d'infirmières. C'est à l'automne, en octobre probablement, que nous rencontrerons les membres pour leur faire part de l'état des travaux et comment nous entendons poursuivre l'exercice de PMOI. »

Christine Picard
Christiane Bélanger
Norma Nicholson

CLSC de la Vallée des Forts : un projet d'organisation du travail réussi



L'organisation du travail peut se définir comme un processus d'aménagement des pratiques et des conditions de travail pour améliorer l'exercice de la profession et trouver des solutions et des actions qui tiennent compte des particularités locales. L'analyse et les actions qui en résultent exigent la collaboration et l'implication de toutes et tous les intervenant-e-s concerné-e-s dans le milieu de travail.

Un exemple d'organisation du travail

Situés dans la région sociosanitaire de la Montérégie, les CLSC et CHSLD Champagnat de la Vallée des Forts couvrent la presque totalité du territoire représenté par la MRC du Haut-Richelieu, à l'exception

de la municipalité de Sainte-Brigide-d'Iberville. Ce territoire qui comprend quelque 96 000 personnes, soit en zone rurale soit en zone urbaine, est desservi par l'un ou l'autre des cinq points de services de l'établissement, et ce, pour ses deux missions : quatre points de services en ce qui concerne le volet CLSC et une résidence en ce qui concerne le volet CHSLD.

Dans ce projet d'organisation du travail, pour les infirmières du CLSC de la Vallée des Forts, le besoin d'aménagement du temps de travail a été identifié comme une composante favorable à l'amélioration des conditions facilitant l'accès à l'emploi. Cet élément est aussi l'une des composantes favorables à l'attraction et à la rétention de la main-d'œuvre infirmière identifiées par le *Forum national de la planification de la main-d'œuvre infirmière*. C'est ainsi que les infirmières, en collaboration avec leur conseillère en relations de travail, ont mis de l'avant un projet de réduction de la semaine régulière de travail de trente-cinq heures à trente-deux heures réparties sur quatre jours de huit heures chacun.

Le départ d'infirmières à la retraite, en 1997, et la nécessité de créer un milieu favorable pour l'attraction et la rétention des infirmières ont rendu essentielles des discussions entre le syndicat et l'employeur. Comme l'a mentionné Danielle Legrand, représentante syndicale au CLSC de la Vallée des Forts, un des préalables à la discussion avec la Direction des ressources humaines pour la mise sur pied d'un horaire de

quatre jours a été le remplacement obligatoire pour les trois heures travaillées en moins par les infirmières. En fait, elle voulait avoir l'assurance de la part de l'employeur que la tâche prévue pour 35 heures ne serait pas répartie sur 32 heures. Les infirmières ont obtenu cette garantie.

La semaine de quatre jours est possible avec l'utilisation d'une partie des congés fériés et des congés de maladie. Précisons que l'infirmière est toujours considérée à temps complet et de ce fait, elle est régie par les règles de la convention collective applicables aux salariées à temps complet. Ainsi en est-il, entre autres, pour le régime de retraite. La majorité des programmes du CLSC de la Vallée des Forts sont actuellement assujettis à cette entente négociée localement.

Cette entente locale s'inspire de l'annexe 7 de la convention collective des CLSC, ce qui prouve une fois de plus aux employeurs qu'il existe, dans la convention collective négociée, des solutions aux différents problèmes actuels de la main-d'œuvre infirmière.

Adapter le milieu de travail aux besoins des infirmières grâce à un horaire flexible et à un aménagement du temps de travail : voilà un projet d'organisation du travail réussi au CLSC de la Vallée des Forts.

Merci à Danielle Legrand, Guylaine Trépanier et Danielle Rajotte, infirmières et militantes locales, pour leur témoignage.

Yves Tremblay,
infirmier

RREGOP

Maintien obligatoire de la cotisation

Dans les deux derniers numéros du *FIIQ Actualités*, des modifications au RREGOP ont été présentées.

Voici, pour une troisième fois consécutive, d'autres modifications qui ont été apportées et qui sont tout aussi importantes : l'entente conclue en juin 2001, prévoit le maintien obligatoire de la cotisation au régime de retraite lors d'un congé sans solde de 30 jours consécutifs ou moins, ou lors d'un congé sans solde à temps partiel équivalent à 20 % et moins d'un temps complet.

Les conventions collectives de la FIIQ prévoyaient déjà le maintien de la cotisation au RREGOP lors de ces congés, mais uniquement lorsque la salariée en formulait la demande auprès de son employeur. Avec l'entente, le maintien de la cotisation devient automatique. Cependant, pour les congés sans solde à temps partiel de plus de 20 % d'un temps complet, la demande du maintien de la cotisation auprès de l'employeur est toujours nécessaire. Par exemple : dans le cas d'un congé sans solde à temps partiel de 2 jours/semaine, la salariée devra aviser l'employeur qu'elle désire maintenir sa participation au RREGOP lors de ses journées sans solde.

Lors de la conclusion de l'entente, les parties ont convenu d'introduire le maintien de la cotisation obligatoire à compter du 1^{er} janvier 2002, laissant ainsi un certain délai à la CARRA et aux employeurs pour s'ajuster. Malheureusement, l'adoption de la loi modifiant le RREGOP ne s'est faite qu'en juin 2002. La CARRA et plusieurs employeurs n'ont donc pas appliqué cette nouvelle disposition, préférant attendre l'adoption de la loi.

Il est donc à prévoir que l'employeur devra récupérer les cotisations non versées lors de ces congés, et ce, rétroactivement à janvier 2002, puisque l'entente prévoyait son application à compter de cette date. Malgré ce fait, le maintien obligatoire de la cotisation durant ces congés demeure nettement plus avantageux que l'ancienne règle.

Auparavant, ces congés devaient être rachetés, ce qui impliquait non seulement le versement de la cotisation de l'employée, mais aussi celle que l'employeur aurait dû verser, majorée parfois d'intérêts en raison du temps écoulé entre la prise de congé et le rachat. Le maintien obligatoire permet de garder sa participation au régime en payant uniquement la cotisation de l'employée, ce qui représente une économie indéniable par rapport à l'ancienne règle.

En terminant, rappelons les principales autres modifications apportées aux règles entourant les rachats.

MODIFICATIONS AUX RÈGLES DE RACHAT

- Abolition de l'obligation de revenir au travail immédiatement après le congé sans solde comme condition de rachat. Il sera désormais possible de racheter un congé sans solde en autant que la salariée cotise au moment de sa demande de rachat au même régime de retraite que celui auquel elle cotisait au moment de la prise du congé.
- Une période de congé peut maintenant être rachetée en tout ou en partie. Toutefois, une période minimale est requise, soit : 10 jours ouvrables ou tous les jours d'une même année civile, si ce nombre est moins de 10 jours. Cette nouvelle disposition rend maintenant possible le rachat des congés de moins de 28 jours. On se souviendra que ces congés n'étaient rachetables qu'au moment de la prise de retraite.
- Pour un rachat fait à compter du 1^{er} juin 2001 et effectué par versement, le taux d'intérêt pour le financement ne sera plus celui du rendement de la caisse de retraite mais celui des obligations du gouvernement. Ce taux correspondra davantage à celui du marché comparativement à l'ancien qui était trop souvent exorbitant.

*Line Lanseigne, conseillère,
secteur Sécurité sociale*

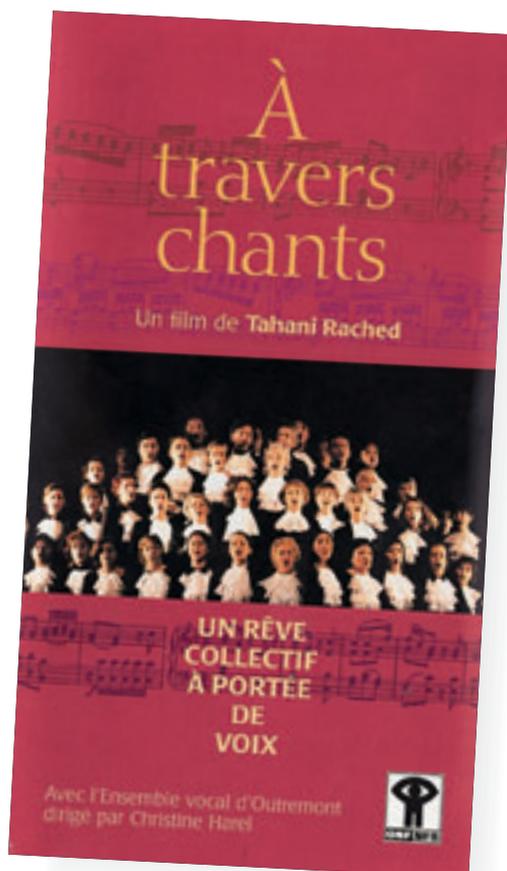
À travers chants!

Tahani Rached, ce nom signifie-t-il quelque chose pour vous? C'est la réalisatrice d'*Urgence 2^e souffle...* le documentaire sur les infirmières de l'urgence du Centre hospitalier Pierre-Boucher. Cette dernière a réalisé dernièrement un nouveau court métrage sur une chorale : *Ensemble vocal d'Outremont*.

À travers chants nous transporte dans ce monde où la création d'une chorale fait réaliser comment un groupe de personnes de divers milieux, toutes différentes les unes des autres, en arrivent, à travers un objectif commun, la production d'un concert, à développer une complicité et une solidarité où chaque personne doit donner le meilleur d'elle-même.

Comment arriver à ne faire qu'une voix? Comment cette chef de chorale parvient-elle à cette harmonie collective où chacun-e supporte l'autre si une difficulté se présente? *À travers chants* démontre et prouve qu'il est possible de développer cette solidarité parce que chaque personne du groupe a bien saisi l'objectif à atteindre. Cette force de l'unité développée au fil des jours et des pratiques, fait que l'effort fourni par chacune, qui dans les faits se compare facilement à du travail, est amenuisé parce que la force de la collectivité s'installe en chacune d'elles et les habite.

Merci à Tahani Rached pour cette vision unique et fraîche de la solidarité, qui est la clé du succès pour que le message porté par l'ensemble ne soit rendu que d'une seule voix! Cela vous intéresse de visionner ce film? Il est, sans doute, disponible à l'Office national du film de votre région.



« Mon assurance
de groupe,
j'en profite. »

**Visitez notre
site internet**

www.quebec.lapersonnelle.com

Information générale

Information sur vos contrats personnels

Services en ligne



Fédération des Infirmières et Infirmiers du Québec

La Personnelle
assurances générales

Montréal : (514) 281-8121

Québec : (418) 835-6806

Sans frais : 1 800 363-6344

www.quebec.lapersonnelle.com

**Votre assureur de groupe
automobile et habitation**



FÉDÉRATION DES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS DU QUÉBEC

POSTE-PUBLICATION
Convention 40007983

Le bien commun L'assaut final

«Pour l'homme d'affaires, cette idée de bien commun constituait l'ultime frontière le séparant de son but : transformer le monde entier en marchandise et proclamer enfin le Marché Total»

Ainsi débute *Le bien commun : L'assaut final*, le dernier documentaire de Carole Poliquin.

En effet, la santé, les gènes humains et végétaux, les connaissances anciennes et nouvelles, plus rien aujourd'hui ne semble vouloir échapper au destin de marchandise. La maladie devient pour les compagnies une occasion d'affaires et la souffrance, une source de profit. On dépouille le système public pour pousser les gens vers le privé. Tout cela au nom du déficit zéro et de la baisse des impôts. La santé, un bien commun ou l'affaire de quelques compagnies privées. Face à la voracité des marchands, qu'advient-il de nos sociétés?

Qu'advient-il de la notion de bien commun qui est à la base de toute vie en société?

Le marché peut-il être garant du bien commun?

Le bien commun : L'assaut final, se regarde comme un drame d'horreur. Le dernier documentaire de Carole Poliquin n'a rien d'une fiction, l'assaut d'un capitalisme sauvage à l'extrême, dont le but est de transformer le monde entier en marchandise, se répercute de façon aussi concrète que dramatique dans la vie de chaque jour. Les efforts des compagnies pour supprimer les réglementations nationales sont un exemple concret et bien illustré dans le documentaire.

Différentes histoires (tournées au Canada, aux États-Unis, au Mexique, en France, au Brésil et en Inde) racontées à la manière de la Genèse, témoignent des conséquences de la soumission du monde aux intérêts privés.

Après *L'Âge de la performance* (1994), *Turbulences* (1997) et *L'Emploi du temps* (2000), la réalisatrice, Carole Poliquin, aborde cette fois le thème de la privatisation du monde et nous invite à partager sa réflexion sur la notion de bien commun mise en péril tant par la diminution du rôle de l'État que par la tendance à breveter tout ce qui semblait appartenir d'évidence à la collectivité humaine depuis des générations.

«Le bien commun, c'est l'équilibre entre donner et recevoir. Cette notion appartient à l'ensemble des espèces».

Le bien commun : L'assaut final : un documentaire, d'une durée d'environ 60 minutes, à voir et à revoir.

Vous êtes intéressées à visionner ce documentaire : rassemblez quelques collègues et demandez à votre équipe locale. Des copies sont disponibles à la Fédération.

Yves Tremblay, infirmier

Siège social

2050, de Bleury, 4^e étage, Montréal (Québec) H3A 2J5
(514) 987-1141 Téléc. (514) 987-7273

▼ ADRESSE DE RETOUR

Bureau de Québec

1260, bd Lebourgneuf, # 300, Québec (Québec) G2K 2G2
(418) 626-2226 Téléc. (418) 626-2111

Site internet : www.fiiq.qc.ca ● Courriel : info@fiiq.qc.ca