



Vol 15, hors série, février 2004

Actualités

Spécial lois

JOURNAL DE LA FIIQ

*S'informer
pour agir*



Si l'automne 2003 a donné lieu à une avalanche de lois aussi litigieuses les unes que les autres, l'hiver et le printemps 2004 s'annoncent, pour leur part, turbulents. En effet, le gouvernement Charest entend procéder rapidement aux changements prévus aux lois 25, 30 et 31, pour ne parler que de celles-là. En dépit des recours qui ont été déposés par certaines organisations devant le Bureau international du travail ou ailleurs, et malgré le fait que certaines de ces lois, adoptées à la va-vite, pourraient être déclarées inconstitutionnelles, déjà les transformations sont amorcées. Dans cette perspective, il est essentiel que les infirmières et infirmiers de la FIIQ, tout comme l'ensemble du monde syndical d'ailleurs, connaissent bien le contenu de ces lois pour mieux évaluer les enjeux qu'elles posent.

La mise en œuvre de l'ensemble de ces lois interpelle aussi bien les professionnelles de la santé, les infirmières, les syndiquées, les utilisatrices du réseau que les femmes que vous êtes. Voilà pourquoi nous vous invitons à lire attentivement notre dossier *Spécial lois* qui se veut un prolongement du *FIIQ en Action* que vous avez reçu au début de janvier.



Un gouvernement pressé et entêté

Du 21 octobre au 17 décembre 2003, 24 projets de loi ont été présentés ou adoptés à l'Assemblée nationale. C'est beaucoup dans un laps de temps aussi court, d'autant plus que plusieurs projets étaient et sont toujours controversés.

Avant la reprise des travaux parlementaires, les organisations syndicales ou communautaires et les groupes de femmes prévoient que le menu législatif serait indigeste. Un nouveau concept est alors arrivé celui de la *réingénierie*. Ce que certain-e-s prenaient pour une simple question de vocabulaire, réingénierie, modernisation ou rationalisation, s'est avéré plus dangereux. En effet, le processus de réingénierie implique de recommencer à zéro, de faire table rase des idées reçues et, partant, des acquis. Rien n'était donc à l'abri et, le 21 octobre dernier, la table était mise pour la contestation dans la rue.

Le 11 novembre, le projet de loi 25 qui porte sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, le projet de loi 30 qui concerne les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et vient modifier le régime de négociation des conventions collectives et le projet de loi 31 qui modifie le Code du travail ont été présentés à l'Assemblée nationale.

Pour sauver la face de la démocratie, des consultations particulières de deux à trois jours ont été tenues. Les organisations qui ont pu se faire entendre, car cela se passait sur invitation, ont dû analyser les projets de loi et préparer leurs réactions en quelques semaines à peine. Tout s'est passé en si peu de temps que certaines commissions parlementaires n'avaient même pas terminé leurs travaux quand le gouvernement a imposé le bâillon, pour arrêter les débats et procéder à l'adoption des lois.

Voilà donc comment le gouvernement Charest a réussi, en quelques semaines, à se mettre à dos la majorité des organisations progressistes du Québec, et ce, dans le but d'amaigrir l'État, d'ouvrir la porte au secteur privé par la sous-traitance et la structuration d'un réseau reposant sur un partenariat public-privé.



Une réingénierie néolibérale de la santé

Sous le couvert de l'intégration des services, le gouvernement libéral a adopté, en catastrophe, une réforme de la santé qui vise des objectifs qui n'ont rien à voir avec l'amélioration des services à la population. D'ailleurs, dans plusieurs régions, la création de réseaux intégrés était déjà chose faite et il n'était pas nécessaire d'adopter des lois, de fusionner des établissements et des syndicats et de modifier le régime de négociation pour offrir ce type de services à la population.

Selon la FIIQ, l'objectif de cette réforme est plutôt d'ouvrir davantage le réseau de la santé aux accords de

commerce sur les marchés publics et à la privatisation. En ce sens, cette réforme constitue un projet politique, inscrit dans la philosophie de libéralisme économique dont les accords de commerce sont issus.

La réforme du réseau de la santé constitue donc un des éléments majeurs du projet de réingénierie du gouvernement Charest, alors que le modèle des réseaux intégrés vient légitimer les six stratégies de la Banque mondiale, soit : déréglementer, privatiser, communautariser, tarifier, créer un défaut volontaire de ressources et décentraliser.

**Tout
bousculer
=
DANGER**



En plus de se faire entendre en commissions parlementaires, la FIIQ, le 21 octobre avec le Réseau de Vigilance, le 10 décembre avec l'APIAQ, l'APIQ, l'APTMQ, le CPS, la FIIAQ et la SPDNQ, et le 15 décembre avec les centrales syndicales et les syndicats indépendants, a manifesté haut et fort son désaccord avec les projets de loi et avec la manière dont le gouvernement a bafoué la démocratie.

Les « MARCHÉS PUBLICS »

Lorsque la présidente du Conseil du Trésor parle des partenariats public-privé (PPP, PAPP ou 3P), elle parle en réalité des «marchés publics» tels que définis dans les accords de commerce.

Les différents accords de commerce signés par le Canada et le Québec ont tous en commun de contenir des dispositions sur les marchés publics. Dans le cas du Québec, celui-ci a signé jusqu'à maintenant six accords par lesquels il consent à ouvrir l'administration gouvernementale aux processus de marchés publics, par la signature de contrats d'affaires privés dans le domaine public. Dans le secteur de la santé, deux accords seulement sont en vigueur actuellement, soit l'Accord de libéralisation des marchés publics du Québec et de l'Ontario et l'Accord sur le commerce intérieur.

En vertu de ces accords, les administrations publiques sont obligées, pour leurs approvisionnements en biens, les travaux de construction et pour certains services, de passer par un mécanisme d'appel d'offres ou de soumissions lorsque l'acquisition ou la construction atteint un certain montant, variable selon le palier ou le secteur de l'administration publique (gouvernement fédéral, provincial, les municipalités, les ministères, la santé et l'éducation). L'appel d'offres doit se faire, au Canada, par le système électronique MERX. Le ministère de la Santé et des Services sociaux estime à 2 milliards de dollars les acquisitions pouvant être faites par ce type de procédure. Plus de 37 000 produits et 480 établissements autonomes sont actuellement visés.

Dans le réseau de la santé et des services sociaux, déjà plusieurs services ou biens ont été transigés en vertu des accords sur les marchés publics : « déchets à risque », « déjeuners éclair », « pommes de terre pelées », « café-cafétéria ». Le gouvernement du Canada est même allé plus loin, car l'offre de services de santé y a déjà débuté : « services infirmiers (nursing services) », « services de médecins aux détenus », « services médicaux, hospitaliers, professionnels en toxicomanie », par exemple. Ces services correspondent maintenant à des marchés publics que les employé-e-s du secteur public ne peuvent plus offrir sous peine de poursuites à l'encontre du gouvernement pour pertes de profits potentiels, une procédure semblable à celle, tant décriée, du chapitre 11 de l'ALENA.



Une réforme ouverte aux marchés publics

Les réseaux intégrés prévoient que des ententes lieront les différents partenaires, dont les ressources privées. Or, que sont ces ententes? Ce sont des contrats d'affaire entre un partenaire public et un partenaire privé. En donnant un statut officiel et légal au secteur privé à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux, le gouvernement du Québec vient soumettre ce réseau aux accords de commerce sur les marchés publics. Quant aux fusions d'établissements, elles permettront d'atteindre les seuils fixés (montants d'argent) pour que les contrats d'affaires tombent sous la juridiction des marchés publics. Cette modification fondamentale favorisera la réinterprétation du principe de « gestion publique » de la Loi canadienne sur la santé comme le réclame depuis si longtemps le milieu des affaires. Par ailleurs, puisque la Loi canadienne sur la santé ne prévoit le remboursement des services diagnostiques, de laboratoire, et chirurgicaux, notamment que lorsqu'ils sont offerts en centres hospitaliers, la désassurance de certains services pourra entraîner leur tarification.

En voulant réduire substantiellement les impôts, le gouvernement Charest crée volontairement un défaut de ressources qui vient justifier sa conception du rôle de l'État. Le prochain budget Séguin sera une indication claire à cet effet.

Quant à la décentralisation, le ministre Couillard a évoqué la possibilité d'une deuxième phase à l'automne prochain. Tout semble indiquer une volonté de décentralisation de la première ligne vers le niveau municipal, la définition des réseaux intégrés autour des territoires de MRC en faisant foi.

Bref, cette réforme néolibérale du gouvernement Charest constitue une véritable menace pour le réseau public de santé au Québec, voire au Canada.



Fusions et intégration des services

25

La loi a créé des agences qui remplacent les régies régionales de la santé et des services sociaux. Le conseil d'administration de ces agences est composé de 16 membres nommé-e-s par le ministre dont trois proviennent respectivement de la commission médicale régionale, de la commission infirmière régionale et de la commission multidisciplinaire régionale.

Depuis le 1^{er} février, ces agences ont pour mission de mettre en place, un ou des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Chaque réseau devra être constitué d'une instance locale issue de la fusion d'un CLSC, d'un CHSLD et d'un centre hospitalier. La fusion avec un centre hospitalier pourrait ne pas avoir lieu en raison de l'absence de celui-ci, de l'étendue du territoire, du nombre ou de la capacité des établissements, ou en raison des caractéristiques socioculturelles, ethno-culturelles ou linguistiques de la population.

Chaque réseau devra coordonner, au moyen d'ententes, les services des pharmaciens, des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale, des ressources privées, mais aussi les services spécialisés et surspécialisés des hôpitaux universitaires. Les services médicaux seront aussi coordonnés par cette instance. Toutefois ils feront l'objet de consultations préalables auprès du département régional de médecine générale et auprès de la commission médicale régionale.

Après consultation des établissements concernés, du département régional de médecine générale et du Forum de la population, le modèle de réseaux locaux, élaboré régionalement, sera soumis au ministre de la Santé et des Services sociaux dans un délai fixé par ce dernier. La fusion des établissements sera officialisée par une lettre patente qui précisera les noms des 15 membres du conseil d'administration de l'instance locale.

Finalement, les réseaux de services intégrés réalisés par les agences seront évalués par le gouvernement le 30 janvier 2006, évaluation qui justifiera le maintien de la loi ou sa modification.

À quoi doit-on s'attendre en 2004 et 2005?

La réingénierie en santé est amorcée. Elle est orchestrée par le ministère de la Santé et des Services Sociaux. L'application de la loi sur les agences s'étendra selon un échéancier étalé sur deux ans. Un document, intitulé *L'intégration des services de santé et des services sociaux*¹, qui circule au sein du réseau précise les termes de l'application de la loi. C'est à partir de celui-ci que la FIHQ a dégagé les périodes charnières de la réforme ainsi que les enjeux qui la sous-tendent.

Janvier

- Période de consultations auprès des directeur-trice-s des conseils d'administration des établissements concernés par les fusions et identification des territoires propres aux réseaux locaux;
- Rencontre des médecins pour établir des consensus sur les critères de base de cette réorganisation;
- Création des agences et disparition des régies.

Février-mars

- Rencontres des intervenant-e-s impliqué-e-s dans les réseaux de services intégrés dans les sous-régions déterminées au mois de janvier et présentation des scénarios envisagés par l'agence;
- Consultations publiques sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

30 avril

Présentation par l'agence au ministre d'un modèle d'organisation basé sur un ou plusieurs réseaux qui fait état des fusions d'établissements et de la délimitation du territoire desservi par chaque réseau. Cette délimitation devrait être basée sur celle des CLSC.

Juin à septembre

- Approbation ou modification par le gouvernement, du modèle proposé par l'agence.
- Émission par l'inspecteur général des Institutions financières de lettres patentes qui autorisent la fusion des établissements publics en une instance locale et qui identifient les membres du nouveau conseil d'administration nommé-e-s pour une période de deux ans.

Septembre à décembre

- Mise en place des réseaux locaux et donc réalisation des fusions d'établissement.

Année 2005

Durant l'année 2005, la négociation d'ententes portant sur la couverture des services spécialisés se fera avec les établissements régionaux, avec les réseaux locaux des autres territoires, les organismes communautaires locaux et supralocaux, les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS), les cliniques médicales et les Groupes de médecine familiale (GMF) du territoire et des territoires voisins, ainsi qu'avec les CHSLD et autres partenaires du secteur privé, les municipalités, et les écoles. Par la suite, le gouvernement fera une révision globale du cadre législatif de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. En janvier 2006, selon les prévisions du ministre, les agences devraient avoir accompli leur mandat.

1. MSSS, *L'intégration des services de santé et des services sociaux*, gouvernement du Québec, version du 15 janvier 2004, 19 p.

Une réforme axée sur la décentralisation et sur les résultats

La loi vise un délestage, d'ici deux ans, des responsabilités du palier régional vers le palier local ainsi qu'une imputabilité des intervenants locaux. Dans la foulée du désengagement de l'État, les instances locales seront alors investies d'une responsabilité populationnelle.

Chaque réseau local devra rendre accessible un « ensemble de services le plus complet possible¹ » organisés en « programme-services² » et financés selon la méthode du *per capita* pondéré³, un mode de financement ajusté à des indicateurs comme l'accès, la qualité, les coûts et les résultats sur la santé. Mais qu'entend le ministre par ces indicateurs de performance? Les instances locales qui ne rencontreront pas ses critères ou qui privilégieront une approche préventive axée sur les déterminants de la santé, verront-elles leur financement diminuer à cause de la faiblesse de leurs résultats, ou d'échéanciers irréalistes? De plus, ce type de budgétisation aura-t-il pour conséquences d'obliger les établissements à « diminuer les coûts pour des services comparables » quand les dépenses seront supérieures aux prévisions, ou de permettre à d'autres « d'offrir un niveau de services plus élevé⁴ » quand les dépenses seront inférieures? Relevant désormais du niveau local, les programmes qui s'adressent aux clientèles particulières (personnes

âgées en perte d'autonomie, personnes ayant des problèmes de santé mentale, jeunes en difficultés, etc.) risquent d'être fort disparates selon le mode de la gestion privilégiée par chaque réseau local.

Les difficultés d'application

Les délais peu réalistes imposés par la loi laissent présager que les décisions seront prises rapidement, et que les consultations publiques, menées au même train, participeront de la même logique que celle du bâillon imposé à l'Assemblée nationale en décembre dernier. Ils montrent la détermination du gouvernement à imposer son projet de réingénierie en santé sans considérer l'expertise des acteurs du réseau et en faisant fi des principes élémentaires de démocratie.

Si la délimitation du territoire, particulièrement dans les régions urbaines, est un obstacle au découpage réseau, puisque municipalités, commissions scolaires et centres hospitaliers ne couvrent pas les mêmes zones⁵, d'autres embûches sont à craindre relativement aux nouvelles dynamiques qui devront être créées entre les intervenant-e-s. En outre, ces chambardements viendront perturber les services à la population qui aura vraisemblablement de la difficulté à s'orienter dans les nouvelles structures de services.

De la même façon, la période couvrant la fusion des établissements et des unités d'accréditations syndicales risque de compliquer les relations entre salariés et patronat.

Finalement, la question du financement des réseaux locaux est un des enjeux majeurs de cette réforme puisque, à ce jour, aucun investissement n'a été annoncé en ce qui concerne la période transitoire de deux ans et que par la suite le financement de la santé sera revu selon une perspective de performance.

Un impact sans précédent sur les pratiques professionnelles et organisationnelles

Une réorganisation majeure des soins et des services de santé

La réorganisation des soins et des services prévue dans cette loi gravite autour de deux mots : intégration et coordination. Pour atteindre les objectifs de cette réforme, l'intégration structurelle des soins et des services (fusion) devra s'accompagner de l'intégration fonctionnelle desdits soins et services (hiérarchisation des services - 1^{er}, 2^e et 3^e lignes - complémentarité des services). Ainsi, chaque réseau devra assurer à la population de son territoire l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux de première ligne, notamment à des services de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement, de réadaptation et de soutien. Il devra garantir une offre de service aussi complète et diversifiée que possible, permettre la mise en place de mécanismes de référence et de suivi des clientèles ainsi que l'instauration de protocoles cliniques à l'égard des services offerts. Finalement, par le biais d'ententes ou autrement, il devra prévoir la coordination des activités et des services qui s'y retrouvent.

Pour orienter et soutenir de tels changements, des conditions indispensables devront être respectées comme l'engagement et la mobilisation des gestionnaires en place, la mobilisation du personnel clinique à l'égard de l'organisation et à la gestion des services, des mesures assurant la préservation des missions de chaque établissement. Le réseau devra également disposer de moyens (ressources, services, compétences) nécessaires à l'atteinte des buts et objectifs : financement adéquat; contexte organisationnel favorable, soutien technologique suffisant, système d'information approprié, échéancier réaliste, adhésion et implication de tous-tes les professionnel-le-s de la santé dans ce processus, formation continue du personnel.

1. MSSS. *L'intégration des services de santé et des services sociaux*, Québec, gouvernement du Québec, version du 15 janvier 2004, p. 2.

2. Ibid., p. 15.

3. Le *per capita* pondéré se calcule à partir de la consommation moyenne de services de l'ensemble de la population pondéré principalement par l'âge, le sexe et le statut socio-économique de cette population. MSSS, *La budgétisation et la performance financière des centres hospitaliers*, 2002, p. 28.

4. Loc.cit.

5. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, *La santé en action. Plan montréalais d'amélioration des services de la santé et du bien-être 2003-2006, Document de consultation*, p. 75.



Une réorganisation majeure de l'organisation du travail

Par ailleurs, l'instauration des réseaux locaux ne bousculera pas uniquement l'organisation des soins et services de santé, elle touchera aussi et de façon importante l'organisation du travail. Les maîtres mots de la réforme de structures préconisée dans cette loi sont l'interdépendance, la coopération, la collaboration et la décentralisation. En effet, chacun des réseaux locaux de santé et de services sociaux devra être conçu de manière à impliquer les divers groupes de professionnel-le-s du territoire et permettre l'établissement de liens entre eux. Il devra aussi favoriser la collaboration et l'implication de tous-tes les intervenant-e-s des autres secteurs d'activités du territoire ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux et assurer la participation des ressources humaines disponibles et nécessaires.

Les professionnel-le-s de la santé seront donc appelé-e-s à établir ou à accentuer, selon le cas, une coopération et une collaboration inter-professionnelles. Le fait que les praticien-ne-s de différentes professions, de différentes catégories de personnel, de différents milieux ne partagent pas toujours les mêmes méthodes de travail, les mêmes pratiques, les mêmes valeurs risque de rendre ardu et complexes les consensus professionnels. Les consensus visant les pratiques essentielles à la coordination et à la collaboration recherchées seront aussi difficiles à atteindre.

Pour arriver à ce que ces personnes travaillent et collaborent ensemble, il faudra, notamment : apporter des modifications dans les façons de faire et de travailler au quotidien auprès des clientèles, développer une confiance mutuelle, partager une même vision relativement aux valeurs, aux approches et aux orientations à privilégier lors des interventions, créer une culture propre à chaque réseau local, créer de nouvelles alliances, faire de nouveaux apprentissages théoriques et pratiques, développer des outils communs et des protocoles de soins et de services interétablissements, s'entendre sur une philosophie d'intervention commune, développer une approche interdisciplinaire et multidisciplinaire, mettre en commun les compétences respectives, s'accorder sur les domaines de compétences des intervenant-e-s en conformité avec leurs champs de pratique respectifs. Il faudra finalement s'entendre sur la coordination des rôles, tâches et fonctions avec l'ensemble des intervenant-e-s du réseau.

L'ensemble des conditions sous-jacentes à la réalisation et à la réussite de l'intégration des services montre que si les fusions administratives d'établissements peuvent constituer une modalité, parmi d'autres, d'intégration des soins et des services, elles ne peuvent garantir à elles seules cette intégration. Il ressort donc de ce qui précède que plusieurs facteurs influencent l'atteinte des objectifs d'intégration.

Quelques questions pertinentes et impertinentes...

- Cette approche hospitalocentriste va-t-elle occulter le manque chronique de ressources dans le réseau, les pénuries de personnel, les lacunes des systèmes d'information, la nécessité de développer les services de première ligne, le sous-investissement dans les soins à domicile?
- La création de réseaux de services intégrés favorisera-t-elle une meilleure collaboration entre les différent-e-s intervenant-e-s du réseau? Accentuera-t-elle l'interdisciplinarité? Permettra-t-elle l'utilisation optimale des compétences?
- L'intégration des soins et des services permettra-t-elle une meilleure planification de la main-d'œuvre, une meilleure appropriation de l'organisation du travail par les intervenant-e-s? Garantira-t-elle un meilleur ajustement des services à la population et aux besoins des différents milieux?

...et des risques cumulatifs

- risque d'un clivage encore plus important entre le médical et le social – risque de dilution de la mission sociale des réseaux locaux et des dimensions sociale et préventive des CLSC – risque d'éviction de la vision sociale de la santé;
- risque d'accentuation du déséquilibre dans l'offre de main-d'œuvre d'un établissement à l'autre – risque de perdre l'expertise de la première ligne;
- risque d'effet nocif sur le moral du personnel infirmier, sur sa motivation, sur sa fidélité et son attachement envers l'établissement, sur son sentiment d'appartenance, sur sa rétention – risque d'accaparer beaucoup d'énergie et de créer d'énormes tensions.



Fusion des accréditations

30

Dans son mémoire déposé en commission parlementaire, la FIIQ soutenait que les fusions d'unités syndicales imposées par le projet de loi n° 30 constituaient une atteinte directe à la liberté d'association, à la liberté syndicale et à la liberté de représentation. En imposant un découpage syndical à la mesure des préoccupations patronales, le gouvernement a fait fi de la volonté des salarié-e-s du réseau de la santé, de se regrouper par communauté d'intérêts.

Dans un contexte où la paix industrielle et syndicale est menacée par une loi qui oblige les salarié-e-s du réseau à choisir une seule organisation syndicale pour les représenter dans un établissement, les infirmières, les infirmières auxiliaires, les inhalothérapeutes, les perfusionnistes et les puéricultrices ont tout intérêt à développer de nouvelles alliances syndicales pour être en mesure de composer avec une organisation patronale réformée. Notre action syndicale devra donc s'orienter vers des solidarités interprofessionnelles et intersyndicales renforcées.

Venant modifier le régime de représentation syndicale dans les établissements de santé, la loi 30 stipule qu'un seul syndicat représentera dorénavant tout le personnel d'une même catégorie. Elle a donc établi les mécanismes qui permettront de déterminer quel syndicat sera accrédité. Ce dernier devra alors assurer la défense des conventions collectives qui avaient été conclues par le ou les anciens syndicats.

Depuis le 18 décembre 2003, donc, les seules unités de négociation qui peuvent être constituées dans les établissements de santé sont limitées à quatre catégories de personnel. La catégorie qui s'applique aux infirmières est celle du *personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires*. Outre les infirmières, elle comprend les infirmières auxiliaires, les inhalothérapeutes ou techniciennes en fonction respiratoire, les perfusionnistes ou techniciennes en circulation extra-corporelle et les puéricultrices. À terme, toutes les salariées d'un établissement appartenant à cette catégorie d'emploi se retrouveront dans un même syndicat. La loi détermine également les titres d'emploi qui se retrouvent à l'intérieur des catégories. Règle générale, il s'agit des titres d'emploi décrits dans les conventions collectives. Tout titre d'emploi non énuméré dans la loi devra avoir été reconnu par entente nationale entre les parties puis soumis à la Commission des relations du travail pour être inclus dans une catégorie de personnel.

**Ensemble
dans un même
syndicat**
**infirmières,
infirmières
auxiliaires,
inhalothérapeutes ou
techniciennes en
fonction respiratoire,
perfusionnistes ou
techniciennes
en circulation
extra-corporelle,
puéricultrices**

À quoi s'attendre? Un processus complexe à surveiller

Vous travaillez dans un CHU, un CHA, un Centre jeunesse ou un Réseau de santé?

Le ministre de la Santé et des Services sociaux déterminera la date à laquelle les établissements exclus des nouveaux réseaux locaux notamment les CHU, les CHA, les centres jeunesse et les réseaux de santé déjà en place, qu'il aura identifiés, devront mettre en application les mécanismes de regroupement des unités de négociation par catégorie de personnel. La liste des salariées appelées à faire partie de la catégorie du *personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires* sera alors affichée pendant 20 jours. Cette liste comprendra toutes les salariées de l'établissement incluant celles qui sont en congé sans solde ainsi que celles qui, inscrites sur la liste de disponibilité ont travaillé au cours des 12 derniers mois. Seule une salariée inscrite sur cette liste pourra participer à un éventuel vote. Les infirmières, les infirmières auxiliaires et les autres salariées de la catégorie *soins infirmiers et cardio-respiratoires* se rejoindront donc pour former un seul syndicat couvrant tous les sites et missions de l'employeur.

Vous travaillez dans un établissement qui sera intégré dans un réseau local?

Le gouvernement fixera la ou les dates d'entrée en vigueur des dispositions relatives à la détermination d'une nouvelle unité de négociation dans les établissements qui seront intégrés en réseaux locaux. Dans les 30 jours qui suivront l'intégration ou la fusion, le réseau local affichera, pendant 20 jours, la liste des salariées appelées à faire partie du *personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires*. Cette liste comprendra toutes les salariées de l'établissement incluant celles qui sont en congé sans solde ainsi que celles qui, inscrites sur la liste de disponibilité, ont travaillé au cours des 12 derniers mois. Seule une salariée inscrite sur cette liste pourra participer à un éventuel vote. Là encore, les infirmières, les infirmières auxiliaires et les autres salariées de la catégorie *personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires* se rejoindront pour former un seul syndicat couvrant tous les sites et missions de l'employeur.

Spécial



Pour choisir son syndicat : trois méthodes possibles

Trois méthodes pourront être utilisées pour déterminer quel syndicat, parmi ceux qui sont déjà en place, représentera dorénavant tout le personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires.

Dépôt de requête en accréditation

Chaque syndicat qui détient une accréditation pour représenter soit des infirmières, ou des infirmières auxiliaires, ou des inhalothérapeutes, ou des perfusionnistes, ou des puéricultrices pourra demander d'être accrédité pour représenter toutes les salariées de la nouvelle catégorie de *personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires*. Ces dernières pourront alors choisir, par un vote au scrutin secret, parmi tous les syndicats, celui qui les représentera dorénavant. Le syndicat qui obtiendra le plus grand nombre de voix sera alors accrédité.

Formation d'un regroupement

S'il y a accord entre tous les syndicats qui détiennent une accréditation pour représenter soit des infirmières, ou des infirmières auxiliaires, ou des inhalothérapeutes, ou des perfusionnistes, ou des puéricultrices, ils pourront former un regroupement. Ce dernier sera alors accrédité pour représenter toutes les salariées de la nouvelle catégorie. Si seulement certains syndicats décident de former un regroupement, les salariées de la catégorie *personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires* choisiront par un vote au scrutin secret qui, du « regroupement » ou des autres syndicats requérants, les représentera dorénavant. Celui qui obtiendra le plus grand nombre de voix sera alors accrédité.

Entente sur la désignation

Les syndicats qui détiennent une accréditation pour représenter soit des infirmières, ou des infirmières auxiliaires, ou des inhalothérapeutes, ou des perfusionnistes, ou des puéricultrices pourront s'entendre sur la désignation de l'un d'eux pour représenter le *personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires*. S'il y a accord entre tous les syndicats concernés, le syndicat ainsi désigné sera alors accrédité pour représenter toutes les salariées de la nouvelle catégorie. Si seulement certains syndicats s'entendent sur la désignation de l'un d'eux, un vote au scrutin secret sera tenu parmi toutes les salariées de la catégorie *personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires* et le syndicat qui obtiendra le plus grand nombre de voix sera alors accrédité.

Décentralisation de la négo

Le second volet du projet de loi 30 vient décentraliser la négociation des conventions collectives. Abolissant le régime de négociation où les parties nationales, soit la FIIQ et le Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux (CPNSSS), négociaient l'ensemble du contenu de la convention collective, pour chacune des catégories d'établissement (CHP, CHSLD, CLSC, EPC, CR, CPEJ et Régie) la loi est venue diviser le contenu de la convention collective en deux sections. Une première section, la section nationale, sera négociée entre la FIIQ et le CPNSSS pour tous les établissements sans égard à la catégorie d'établissement. Une seconde section, la section locale, sera négociée localement entre le syndicat affilié à la FIIQ et l'employeur. Toutefois, plusieurs questions devront être traitées aux deux niveaux.

Ce nouveau régime de négociation, imposé par le gouvernement, amènera donc de nombreux changements aux pratiques en matière de négociation. Plus que jamais, la solidarité syndicale devra s'exercer tant au palier local, face aux nouveaux employeurs, dans le cadre des négociations locales, qu'au palier national, lors de la ronde de négociation qui s'amorce.

Une négociation à deux niveaux

Au niveau national

Les parties nationales négocieront toutes les questions à incidence monétaire. En effet, le salaire, le quantum de congé annuel, les primes ainsi que les grands régimes tels les assurances, les droits parentaux, les libérations syndicales et la sécurité d'emploi continueront à être négociés à la table nationale.

Au niveau local

Les parties locales négocieront toutes les questions qui, selon le gouvernement, relèvent de l'organisation du travail. Parmi les 26 matières à négocier localement, mentionnons les notions de postes et de déplacement ainsi que leurs modalités d'application, les règles de mutations volontaires, les congés fériés, les congés mobiles et les vacances annuelles à l'exclusion des quanta et de leur rémunération, le développement des ressources humaines à l'exclusion des montants alloués, les allocations de déplacement à l'exception des quanta.

Ce nouveau régime de négociation décentralisée, réclamé depuis des années par les associations d'employeurs, viendra donc modifier de façon importante les pratiques établies en matière de relations de travail. Par exemple, alors que la FIIQ discutera au palier nationale des demandes portant sur le nombre de jours de vacances annuelles, il reviendra par la suite aux parties locales de déterminer les modalités de prise de ces jours de vacances (période, par centre d'activités, par quart de travail, etc.)

À quand la négociation locale?

Quant à l'amorce de la négociation au palier local, le secteur Négociation utilisera la période nécessaire à la tenue des votes relativement à l'accréditation des nouveaux syndicats (voir article précédent) pour préparer les outils nécessaires pour soutenir les équipes locales et les conseillères dans la négociation locale. Il faut savoir que le gouvernement a prévu que la transition entre le régime de négociation centralisée et le régime de négociation décentralisée se fera, établissement par établissement, une fois que le nouveau syndicat local aura été accrédité. Ainsi, l'employeur et le syndicat nouvellement accrédité disposeront d'un délai maximum de deux ans pour négocier et s'entendre sur le contenu du volet local de la convention collective. À défaut d'une entente négociée, le législateur a prévu qu'un médiateur arbitre sera appelé à déterminer le contenu de la section locale de la convention collective. La décision de celui-ci ne pourra par contre avoir pour effet d'engendrer de coûts supplémentaires à l'employeur, ce qui laisse entrevoir de longs débats lors de la présentation des offres finales par chacune des parties.

Le législateur a aussi prévu que l'intégration des listes d'ancienneté ne se produira qu'une fois la négociation locale complétée. Ce n'est

donc pas avant ce terme que l'ensemble des effets de la fusion des unités d'accréditation se fera sentir au quotidien. D'ici là, les conditions de travail des infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes, perfusionnistes ou techniciennes en circulation extra-corporelle et puéricultrices ou techniciennes en fonction respiratoire, demeureront régies par leur convention collective actuelle.

Et notre projet de convention collective?

Ce changement au régime de négociation, qui intervient alors que la FIIQ a déjà déposé son projet de convention collective, oblige à revoir ce projet à la lumière du partage des matières imposées par le gouvernement. De plus, il est prévisible que ce projet doit être modifié pour accroître la protection contre la sous-traitance et pour prévoir des modalités pour faire face à la multiplication des réseaux locaux (vie syndicale, multiplication des sites et des vocations auprès d'un même employeur, etc). Au cours des mois à venir, le secteur Négociation présentera aux déléguées au Conseil fédéral, les amendements nécessaires pour résister au vent de privatisation des services ainsi qu'aux actions anti-syndicales entreprises par le gouvernement.

Des ambiguïtés à clarifier

De plus, avant d'entamer la négociation en bonne et due forme sur le contenu du projet de convention collective, la FIIQ et le CPNSSS auront à s'entendre sur la portée des matières décentralisées. En effet parce que le gouvernement a adopté très rapidement son projet de loi, sans discussion approfondie, la liste des 26 matières décentralisées porte à interprétation. La FIIQ, s'opposant à la décentralisation imposée de la négociation, fera valoir que cette liste doit être interprétée restrictivement, ce à quoi le CPNSSS risque de s'opposer.

Le maintien des conventions collectives actuelles

On se rappellera que dans le cadre du régime de négociation en vigueur depuis 1985, la FIIQ assumait la responsabilité de la négociation pour toutes les matières prévues à la convention collective. Une fois la convention collective conclue, les parties locales (syndicat et employeur) pouvaient modifier la convention nationale par des ententes locales. Une liste de sujets pouvant faire l'objet de telles ententes était d'ailleurs prévue à la Loi sur le régime de négociation dans les secteurs public et parapublic (loi 37). Ce régime d'arrangements locaux est maintenant aboli. Toutefois, les dispositions actuelles des conventions collectives et leurs amendements demeureront en vigueur pour chacun des groupes qu'elles visent actuellement tant que n'auront pas été conclues de nouvelles conventions collectives nationale ou locale.

Spécial



Se faire entendre avec le Réseau de Vigilance

Inquiets des premiers gestes posés par le gouvernement Charest, les principales organisations syndicales, dont la FIIQ, les groupes communautaires ainsi que les groupes de femmes ont décidé de travailler ensemble, en réseau, pour contrer les reculs sociaux et syndicaux.

Le 21 octobre dernier, journée de reprise des travaux à l'Assemblée nationale, ces organisations ont annoncé lors d'un rassemblement, la création du Réseau de vigilance. Près de 1500 personnes se sont réunies, place D'Youville, à Québec, pour sonner l'alarme avec cloches, sifflets et casseroles. Elles voulaient alerter la population face au danger que font peser les projets du gouvernement de

Jean Charest sur l'intérêt public, les droits fondamentaux, la vie démocratique et les solidarités. Malgré les courts délais, des personnes de la région de Montréal, de Laval, de la Montérégie, du Saguenay-Lac-Saint-Jean et des Laurentides se sont déplacées à Québec pour être de la partie. D'autres rassemblements similaires ont été tenus à Sherbrooke, à Trois-Rivières, à Gatineau et à Rouyn.

Après avoir participé aux différentes manifestations de décembre, à l'occasion du dépôt des projets de loi 25, 30, 31 et bien d'autres encore, le Réseau de vigilance a décidé de se mobiliser en janvier-février autour des consultations prébudgétaires que mène le ministre

RÉSEAU DE
VIGILANCE
Entre deux votes, je compte!



Photographe Clément Allard

Apparaissent sur cette photo Lorraine Guay et Serge Roy, tous deux porte-parole du Réseau de vigilance.

Séguin. La FIIQ a d'ailleurs déjà fait parvenir un avis au ministre. Dans la même perspective, le Réseau a évalué que les audiences publiques prébudgétaires constituent un moment stratégique d'intervention. Il a donc invité l'ensemble des groupes à faire entendre haut et fort leurs revendications pour des services publics de qualité, accessibles à toutes et à tous, pour des programmes sociaux financés adéquatement et collectivement, pour la redistribution de la richesse, pour un développement durable dans un avenir

viable, pour une fiscalité qui sert l'intérêt public et repose sur le principe d'imposition équitable des citoyennes et des citoyens, des corporations et des compagnies.

D'autres actions seront organisées par le Réseau de Vigilance et la FIIQ invite ses membres à y participer que ce soit au niveau local ou régional, car il est important de faire savoir au gouvernement Charest que nous refusons sa réingénierie.



LA RIPOSTE DES FEMMES - ENSEMBLE, TOUT EST POSSIBLE !



8 mars 2004

Journée internationale des femmes

Riposter

En plus des lois 25 et 30 qui viennent bousculer les travailleuses, les syndiquées et les utilisatrices du secteur de la santé et des services sociaux, l'entreprise de déconstruction de l'État québécois frappe les femmes de plein front. D'autres lois, adoptées en décembre, ou en voie de l'être, d'autres règlements ou politiques annoncés, touchent directement les femmes, et souvent les plus démunies d'entre elles.

Ainsi en est-il du refus du ministre du Travail d'appliquer le salaire minimum aux travailleur-euse-s agricoles saisonnier-ère-s effectuant la récolte des petits fruits, de la diminution de 209 millions \$ du budget de l'aide sociale décrétée par le ministre des Finances en juin dernier, de la diminution de 25 % du budget d'entretien dans les logements à prix modique décrétée par le ministre des Affaires municipales, du Sport et du Loisir. Ainsi en est-il encore de la hausse des tarifs d'électricité d'Hydro-Québec ou de la révision des règles de calcul des coûts du logement à la Régie du logement.

Ainsi en est-il également de l'abolition par le ministre de l'Éducation de la subvention

de 15 millions \$ pour la réduction des coûts de la rentrée scolaire, de la hausse des frais de garderie par la ministre de la Famille ou de la réforme de la justice administrative élaborée par le ministre Bellemare qui aura pour conséquence de rendre la justice moins accessible aux personnes en situation de pauvreté.

Et que dire de l'ouverture à la sous-traitance rendue possible par les récents amendements à l'article 45 du Code du travail. Cette simple modification est lourde de conséquences. Elle met en péril les acquis en matière de conditions de travail de milliers de travailleuses et de travailleurs du Québec. En transférant des emplois vers le privé ou le communautaire, le gouvernement a décidé de maintenir une main-d'œuvre principalement féminine dans des emplois sous-payés.

Et que penser du retard apporté par le gouvernement Charest à présenter son plan d'action de lutte à la pauvreté malgré le fait que la loi 112 l'y oblige. Des rumeurs persistantes laissent d'ailleurs croire que ce plan d'action risque de s'en prendre aux pauvres plutôt qu'à la pauvreté. Il serait en

effet question de couper l'allocation de 111 \$ par mois accordée aux personnes assistées sociales ayant un enfant de cinq ans ou moins et à celles âgées de 55 à 64 ans.

Et ce n'est pas tout, loin de là. Aussi, faudra-t-il surveiller le projet de réforme du Régime des rentes du Québec qui prévoit remplacer la rente de conjoint survivant versée à vie, par une rente bonifiée d'une durée de trois ans.

La réingénierie annoncée par le gouvernement sera inévitablement porteuse de pertes importantes pour les femmes, puisqu'elle vise avant tout un désengagement de l'État.

Malheureusement, l'espace manque pour continuer cette énumération des calamités apportées par le gouvernement Charest, mais il ressort de ce qui précède qu'il faut absolument s'organiser pour résister. « *La journée internationale des femmes est un moyen privilégié pour forger la riposte contre la campagne de déconstruction de nos acquis sociaux. Partout au Québec, dans nos milieux de travail, nos familles, notre quotidien, oeuvrons soli-*

dairement afin d'élaborer des stratégies à notre portée ». Voilà pour l'essentiel le message lancé à l'occasion de la Journée internationale des femmes.

Avec les femmes des groupes de femmes, des groupes communautaires, des autres organisations syndicales et avec les hommes solidaires de leurs luttes, les infirmières sont donc invitées à se serrer les coudes pour passer à l'action. Il faut obliger le gouvernement à maintenir l'accessibilité et l'universalité des services publics en leur assurant un financement adéquat et collectif. Nous devons l'amener à respecter le processus démocratique quand il veut instaurer des changements.

Ensemble, rappelle l'Intersyndicale des femmes, il faut réagir face aux conséquences de la sous-traitance et du recours au privé, résister au mirage des baisses d'impôt, qui se traduiront par une diminution des services publics et par une hausse des tarifs. Ensemble, il faut forcer le gouvernement à tenir compte de la condition féminine.



FÉDÉRATION DES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS DU QUÉBEC

POSTE-PUBLICATION
Convention 40007983

Vol 15, hors série,
février 2004

Ce numéro spécial est le résultat d'une collaboration des secteurs et services suivants :

- **Santé :**
Lucie Mercier et
Florence Thomas
- **Organisation syndicale :**
Hélène Barry
- **Tâche et Organisation
du travail :**
Thérèse Laforest
- **Négociation :**
Richard Beaulé
- **Communication-
Information :**
Marie-Andrée Comtois
Micheline Poulin
- **Secrétariat :**
Céline Bourassa
- **Conception graphique :**
Josée Roy, graphiste
- **Photographie :**
Clément Allard
Rainville photographe
- **Impression :**
Caractéra

ISSN :1203-9829

S'unir pour agir

Le gouvernement Charest a voté des lois qui ne correspondent pas, pour la plupart, à nos attentes et à nos choix. Malgré nos objections et celles de plusieurs organisations à l'égard de ces projets de loi, ils ont tout de même été adoptés à toute vapeur à la fin de la dernière année, après que le gouvernement Charest eut imposé le bâillon aux parlementaires sur l'ensemble des projets de loi à l'étude. Si le gouvernement a décidé de bâillonner les parlementaires, il ne pourra imposer le silence à tous les mouvements de résistance. Si le gouvernement a adopté des lois avec l'idée inavouée d'affaiblir les organisations syndicales, il ne pourra freiner tous les mouvements de solidarité.

Plus que jamais, il est essentiel de créer et de maintenir des alliances avec les autres organisations syndicales, les organisations sociales et les groupes de femmes, d'ici et d'ailleurs, pour faire face aux attaques antisociales et anti-syndicales de ce gouvernement. Nous devons nous serrer les coudes.



Nous nous apprêtons à vivre de grands changements en tant qu'infirmière, en tant que syndiquée et en tant que citoyenne. Ces changements, nous ne les avons pas voulus, toutefois, il nous appartient de choisir la façon d'y réagir en se donnant les moyens d'une vie syndicale qui met à contribution les membres, les militantes et les services de la Fédération. Nous devons unir nos propres forces et se sentir également plus fortes des nouvelles membres qui se joindront à nous, c'est-à-dire, les infirmières auxiliaires, les inhalothérapeutes, les techniciennes en fonction respiratoire les perfusionnistes, les techniciennes en circulation extra-corporelle et les puéricultrices.

Les défis sont de taille puisque, d'une part, la FIIQ

s'apprête à vivre la plus vaste campagne de vote d'allégeance syndicale jamais entreprise dans la presque totalité des établissements du réseau de la santé et, d'autre part, il nous faudra livrer bataille pour que le gouvernement Charest prenne ses responsabilités sociales et assure à la population des services de santé de qualité et accessibles.

Tout au long de l'année, nous partagerons, ensemble, l'information et l'analyse des changements qui viennent modifier notre organisation du travail et notre vie syndicale. Nous agirons ensemble pour créer une nouvelle force syndicale à la mesure des membres qui la composent, une force syndicale qui nous ressemble et nous rassemble.

Jeanne Stene

▼ ADRESSE DE RETOUR

Bureau de Québec

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

Siège social

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

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