



Vol. 16, no 1, décembre 2005

Actualités

Dossier Chaoulli-Ménard

JOURNAL DE LA FIIQ

Entrevue

Rencontre avec
Lina Bonamie

Stratégie d'action
jeunesse
Le comité Jeunes
prend la parole

SST

La grippe aviaire

Organisation du travail

Les projets
cliniques

La décision Chaoulli :
quelle interprétation
en faire?

Portrait et critique
du Rapport Ménard



DES
SOLUTIONS
POUR
SOIGNER!

Sommaire

Entrevue

Rencontre avec
Lina Bonamie

3

Santé

Commissaire
à la santé

5

Réforme des institutions
démocratiques
et révision
du mode de scrutin

5

Organisation du travail

Les projets
cliniques

11

SST

La grippe aviaire

12

Sécurité sociale

Vos sources
de revenus
à la retraite

14

Formation des comités
de négociation
collective locale

15

Actualités

Vol. 16, no 1, décembre 2005

FIIQ Actualités, journal de la
Fédération des infirmières
et infirmiers du Québec
(FIIQ), est publié trois fois
par année et distribué en
56 500 copies.

■ Conception et écriture :

Conseillères au service
Communication-
Information :
Sara Lapointe
Micheline Poulin

Responsable politique :
Lina Bonamie, présidente

■ Collaboration :

Conseillères :
Hélène Caron
Brigitte Doyon
Line Lanseigne
Lucie Mercier
Florence Thomas

■ Secrétariat :

Céline Bourassa
Sylvie Provost

■ Conception graphique :

Josée Roy, graphiste

■ Illustrations :

Richard Cameron Morneau,
La grippe aviaire
Yves Lessard, *caricature*
l'Affaire Chaoulli
Christian Verreault,
Semaine annuelle 2005
Santé et Sécurité du travail

■ Photographies :

Jacques Lavallée

■ Impression :

Caractéra

ISSN : 1203-9829

Stratégie d'action jeunesse

Le comité Jeunes
prend la parole

6

Dossier

Chaoulli-Ménard

7



ATTENTION!
La vaccination contre
l'influenza : quels
sont vos droits?

13



En page couverture :
*DES SOLUTIONS
POUR SOIGNER!*
Photos : Jacques Lavallée

Santé et Sécurité du travail Semaine annuelle 2005

Pour votre protection et celle de votre entourage, surveillez le
calendrier *Chaque geste compte* affiché dans les centres d'activités
et sur les tableaux d'affichage syndical de votre établissement.

Vous pouvez aussi le consulter sur le site Internet de la FIIQ :
<http://www.fiiq.qc.ca/sst_semaines.htm>

ALERTE!
AUX
INFECTIONS
BARBARES!
Chaque geste
compte



Rencontre avec Lina Bonamie

C'est au congrès de juin dernier que Lina Bonamie a été élue à la présidence de la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec. De nouvelles fonctions, une nouvelle organisation accueillant de nouvelles militantes et de nouveaux défis; la période de changements dans laquelle est plongée la Fédération a de quoi animer le quotidien de madame Bonamie! Afin de connaître un peu plus cette femme engagée et syndicaliste dans l'âme, l'équipe du FIQ Actualités rapporte les propos qu'elle a livrés.



Quels sont les principaux défis que vous souhaitez relever durant votre mandat?

Je souhaite que les infirmières, les infirmières auxiliaires, les inhalothérapeutes et les perfusionnistes se sentent bien dans leur milieu de travail et qu'elles puissent exercer leurs fonctions en ayant des conditions de travail et de vie favorables à la poursuite de leur carrière. Je souhaite tout autant que les membres et les militantes se sentent partie prenante de leur organisation renouvelée et qu'une harmonie se développe au sein de toutes les catégories de professionnelles que nous représentons. Pour moi, travailler activement à contrer l'invasion du secteur privé dans le réseau public, que tente assidûment d'introduire notre gouvernement, est une priorité. Enfin, je désire poursuivre la sensibilisation de nos membres face aux effets négatifs d'une certaine mon-dialisation.

Madame Bonamie, vous occupez un poste clé dont les responsabilités professionnelles sont importantes et qui demande une grande disponibilité. Qu'est-ce qui vous a amené à vous présenter à la présidence de la Fédération?

Forte de mon expérience en tant que membre du Comité exécutif, depuis 14 ans, et des multiples dossiers que j'ai menés au cours de ces années, assumer la présidence était pour moi une opportunité de relever de nouveaux défis au sein de la Fédération afin de contribuer à sa pérennité. J'avais entre autres le goût de vivre le défi d'harmoniser non seulement les conventions collectives, mais également nos façons de faire et de participer à l'évolution de cette nouvelle force syndicale qu'est la FIQ+.

Lina Bonamie

- diplômée en 1975 du Cégep Maisonneuve
- infirmière à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont
- militante syndicale depuis 1989
- membre du Comité exécutif de la Fédération depuis 1991
- responsable politique de différents secteurs : Négociation, Tâche et Organisation du travail, Sécurité sociale, Santé et Sécurité du travail
- présidente depuis juin 2005



Vous avez fait récemment un séjour en Argentine où vous avez assisté à une rencontre de l'Internationale des services publics (ISP). En quoi consistait exactement votre visite?

Disons tout d'abord que la région inter-amérique de l'ISP rassemble 98 organisations affiliées dans 35 pays, pour un total d'environ 3 300 000 travailleuses et travailleurs des services publics. Lors de cette rencontre, où plus de 17 pays étaient représentés, nous avons établi les bases d'une coalition pan-américaine sur la santé et les services sociaux au sein de l'ISP. Nous avons dressé un plan d'action

sur trois ans. Ce plan d'action s'inscrit dans les objectifs poursuivis par l'ISP, c'est-à-dire : s'opposer aux efforts faits par certains gouvernements et d'autres entités pour abaisser les normes des services de santé et réduire leur accessibilité; développer des stratégies syndicales pour lutter contre la privatisation, la sous-traitance et la commercialisation de ces services; lutter pour l'amélioration des conditions de travail et de vie des travailleuses et travailleurs des services sociaux et de santé, ainsi que pour l'établissement, le développement et la liberté de leurs syndicats.



Lors de cette visite, avez-vous vu différents types de syndicalisme et à quel type peut-on associer la Fédération?

C'est sensiblement pareil comme au Québec ou au Canada, sauf en Argentine où les médecins sont syndiqués. Les syndicats, tout comme le nôtre, poursuivent des objectifs qui vont au-delà de la défense des conditions de travail de leurs membres. Plusieurs appuient des mouvements sociaux et communautaires et s'opposent aux politiques anti-syndicales et antisociales de leurs gouvernements respectifs. De plus, les représentant-e-s ont une vision critique de la mondialisation et des conséquences pour les travailleuses et leur famille. La Fédération partage donc plusieurs points communs avec l'ensemble des membres de la coalition pan-américaine sur la santé et les services sociaux de l'ISP.

La nouvelle configuration de la Fédération lui donne une force syndicale plus grande. D'après vous, quel genre de leadership va-t-elle pouvoir exercer dans le milieu de la santé et sur le plan politique?

Je crois qu'avec la force des 56 500 professionnelles que nous représentons, nous exercerons un leadership dans le milieu de la santé et dans le monde syndical. Bien ancrées dans la réalité du quotidien, nous sommes en mesure, sans être alarmistes, de donner l'heure juste à la population du Québec et au gouvernement sur l'état des soins et des services de santé et de revendiquer l'amélioration du réseau de la santé. Représentant la majorité des soignant-e-s dans chaque établissement, nous exercerons un pouvoir certain sur l'organisation du travail et des soins et nos actions syndicales permettront d'améliorer les milieux de travail.

En terminant, la conciliation vie professionnelle-vie personnelle est une des priorités de la Fédération. Vos fonctions vous permettent-elles d'allouer du temps à votre vie personnelle?

Oui, mais pas sans l'aide et les nombreuses concessions de mes proches! J'ai la très grande chance d'avoir un réseau d'amis et de famille très compréhensifs qui me pardonnent mes retards et mes absences. Toutefois, je prends le temps de nourrir mes passions pour les voyages, le cinéma et le jardinage, et je puise surtout mon énergie à travers la pratique de mon sport préféré, la course à pied.

Commissaire à la santé



Réforme des institutions démocratiques et révision du mode de scrutin

En février 2004, la Fédération déposait un mémoire à l'Assemblée nationale du Québec concernant l'instauration d'un poste de Commissaire à la santé et au bien-être (projet de loi 38) et intervenait auprès de la Commission des affaires sociales afin de dénoncer, une fois de plus, la réingénierie de l'État entreprise par le gouvernement Charest. Ce projet de loi a finalement été adopté en juin 2005.

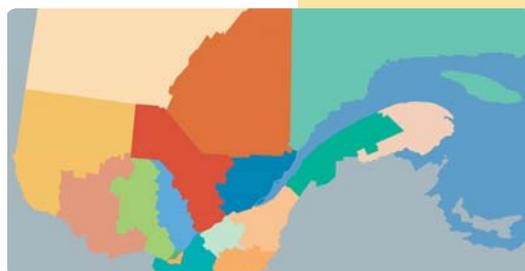
Outre le fait que la FIIQ ait contesté l'abolition du Conseil médical du Québec et du Conseil de la santé et du bien-être, elle a alerté le ministre de la Santé et des Services sociaux, Philippe Couillard, des dangers de ce projet de loi. En effet, le Commissaire à la santé et au bien-être, plutôt que d'être le gardien du système de santé et de services sociaux, sera désormais responsable d'apprécier la performance globale du système de santé et de services sociaux dans le but d'en améliorer l'efficacité et l'efficience. Il aura donc la responsabilité d'identifier les grands enjeux du système de santé et de proposer des choix en regard de l'accessibilité, de l'intégration, de l'assurabilité et du financement des services, des déterminants de la santé et du bien-être, des aspects éthiques liés à la santé et au bien-être, des médicaments et des technologies.

Selon la FIIQ, l'introduction de ces mécanismes permettant de faire des choix dans une perspective économique permettra au gouvernement de remettre en question la prestation de services publics, de revoir à la baisse le panier de services assurables et de poursuivre le désengagement de l'État entrepris depuis son élection. Ce projet de loi a été forte-

ment controversé et a fait l'objet de vives contestations, particulièrement en regard du mode de nomination du Commissaire et de la perte du Conseil de la santé et du bien-être, dont l'approche était basée sur les déterminants de la santé. Il est en effet à craindre que les principes qui guidaient les politiques de santé soient appelés à disparaître au profit de l'économisme.

Malgré son abolition, le Conseil de la santé et du bien-être a poursuivi le travail qu'il menait depuis sa création en 1993 pour assurer la transition à l'organisme que représentera le Commissaire à la santé et au bien-être. Il a, entre autres, élaboré un *Avant-projet de déclaration des droits et des responsabilités en matière de santé et de bien-être* qu'il soumettra au Commissaire choisi. Cet avant-projet, pour lequel la FIIQ a été consultée, constitue un document intéressant quant aux droits des citoyennes et des citoyens en matière de santé et bien-être. Le Commissaire sera nommé en décembre et il entrera en fonction en avril 2006. Un dossier à suivre...

Florence Thomas,
conseillère, secteur Santé



Les travaux de la Commission spéciale sur la Loi électorale (CSLE) et du Comité citoyen sur la réforme des institutions démocratiques ont débuté le 1^{er} novembre 2005 et se poursuivront jusqu'au mois de mars 2006. Dans un premier temps, la Commission entendra les experts en la question. Par la suite, les groupes nationaux, les organismes régionaux et les citoyen-ne-s seront entendu-e-s dans le cadre d'une consultation itinérante dans 16 villes du Québec.

Cette réforme représente une occasion unique et historique de revoir certains aspects du fonctionnement de la démocratie québécoise, particulièrement le mode de scrutin, méthode qui permet de transposer le vote des citoyen-ne-s en un nombre de sièges à l'Assemblée nationale. Au-delà des débats entre politologues et politicien-ne-s, cette consultation concerne et s'adresse à l'ensemble de la population.

Selon la FIIQ, une révision du mode de scrutin devrait permettre de corriger les faiblesses du mode de scrutin actuel afin d'éliminer les distorsions entre la volonté populaire et le nombre de sièges obtenus par les partis, de mettre fin à l'alternance politique fondée sur un bipartisme pas nécessairement représentatif des courants de pensée actuels, de favoriser tous les mécanismes qui permettent la participation des femmes à l'exercice du pouvoir (actuellement à 32 % de la députation) et des personnes d'autres origines, et d'assurer une représentation juste de toutes les régions.

La Fédération recommandera donc, par le biais d'un mémoire à la Commission des institutions démocratiques, de revoir les propositions contenues dans l'avant-projet de loi pour que le Québec se dote d'un mode de scrutin proportionnel qui permette d'atteindre les résultats suivants :

- refléter la représentation la plus juste possible du vote populaire;
- permettre une représentation égale entre les femmes et les hommes;
- favoriser une représentation incarnant la diversité ethnoculturelle québécoise;
- favoriser le pluralisme politique;
- refléter l'importance des régions.

La FIIQ encourage également toutes ses membres à prendre la parole. Le Québec est l'un des derniers pays à ne pas avoir changé son mode de scrutin. Après plus de 30 années de débats, voici une occasion à ne pas manquer si nous désirons que l'Assemblée nationale reflète véritablement nos aspirations!

Florence Thomas, conseillère,
secteur Santé

Pour plus d'information, consulter le site de la FIIQ :

<http://www.fiiq.qc.ca/reforme_scrutin.htm>

Quand et comment donner son point de vue?

Calendrier et renseignements sur la consultation :

<<http://www.assnat.qc.ca/fra/37legislature1/commissions/csle/index.shtml>>

Stratégie d'action jeunesse

Le comité Jeunes prend la parole

L'annonce d'une consultation publique sur la jeunesse québécoise n'a pas laissé indifférente la Fédération, dont 14 % des membres sont des jeunes. Elle a confié le mandat au comité Jeunes d'analyser le document de consultation *Stratégie d'action jeunesse 2005-2008* du gouvernement du Québec. À la fin d'août, les grandes lignes d'un mémoire portant sur cette stratégie ont été présentées par un membre du comité, Jérôme Rousseau, et Michèle Boisclair, 1^{re} vice-présidente.

Le domaine de la santé au premier plan

La Fédération occupant une place privilégiée dans le domaine de la santé, le comité Jeunes a abordé la stratégie d'action jeunesse par le biais des déterminants sociaux, culturels et économiques de la santé tels les réseaux sociaux de soutien, le niveau d'instruction, les habitudes de vie, le niveau de revenu et la situation sociale. Des réflexions, des inquiétudes et des pistes de solutions ont été présentées concernant quatre des cinq orientations proposées par la stratégie d'action du gouvernement : améliorer le soutien offert aux jeunes; améliorer leur santé et leur bien-être; favoriser leur réussite éducative et favoriser leur insertion professionnelle.

Bien entendu, la relève en santé ne pouvait être passée sous silence puisque la pénurie dans ce secteur touche directement les jeunes. Il-elle-s doivent exercer leurs premières années de travail dans un contexte difficile, ce qui accentue les problèmes d'attraction et de rétention de cette main-d'œuvre. Pour le comité Jeunes, des liens intergénérationnels doivent



être créés et valorisés et le mentorat est l'une des voies à instaurer pour renforcer et créer ces liens. Il favorise la transmission du savoir, des connaissances et des expériences en plus de renforcer les liens entre les individus. Toutefois, une réelle volonté politique et collective de changement doit être initiée dans la création de ce type de liens, qui ne peut reposer uniquement sur les seules volontés individuelles. Ainsi, des conditions favorisant le maintien des personnes pouvant jouer le rôle de mentor doivent être offertes.

Des choix stratégiques

Parmi les autres constats avancés, le Comité recommande, entre autres, de centraliser les portails d'information qui rejoignent les jeunes afin d'assurer une plus grande cohérence et une plus grande complémentarité des services destinés aux jeunes. En plus de centraliser l'information, il faut la diffuser et la rendre disponible. Il faut également que les services soient accessibles. En ce sens, le Comité propose de profiter de structures déjà en place, comme les CLSC ou les centres jeunesse, pour instaurer de vrais mécanismes de coordination et d'orientation des services aux jeunes.

Concernant les saines habitudes de vie, le Comité recommande de privilégier

une approche préventive plutôt que curative, chapeauté par l'intervention de l'État et par des politiques de santé publique. Il suggère qu'un système de vigilance soit instauré pour contrer certains problèmes endémiques comme l'obésité. Le Comité croit également que l'on doit procéder à un dépistage systématique dans les milieux à risques, par le biais des CLSC, des garderies, des écoles et d'autres institutions. Les CLSC ont démontré une grande capacité à établir des programmes en partenariat avec les milieux de vie, démarche qu'il faut promouvoir et financer selon le Comité.

Des initiatives et des actions ponctuelles

Le document de consultation sur la Stratégie d'action jeunesse 2005-2008 n'aborde que partiellement les problèmes rencontrés par les jeunes et néglige certains aspects de leur réalité. En l'occurrence, toutes les difficultés et les conséquences qu'entraîne la grossesse chez les jeunes, mais aussi sur la société entière, ne sont pas abordées. Les problèmes liés à la santé mentale et à leur impact sur les individus et la collectivité ne sont que succinctement touchés. Selon le comité Jeunes, les aborder en bout de piste, seulement par leurs effets extrêmes et visibles

comme le suicide, c'est négliger la prévention et prendre de grands risques. Tout le volet des études postsecondaires et de leur financement est aussi ignoré.

C'est donc avec inquiétude que le Comité considère cette stratégie d'action parce qu'elle aborde la politique à l'égard de la jeunesse de façon ponctuelle, uniquement sur des points choisis par le gouvernement, et non dans une perspective globale. Les questions qui sont posées ne soulèvent d'aucune façon la responsabilité de l'État, mais confirment plutôt qu'il appartient aux individus de trouver des solutions à leurs problèmes.

Enfin, le comité Jeunes déplore qu'aucun bilan des réalisations et des investissements du *Plan d'action jeunesse 2002-2005* du Parti québécois n'ait été dressé. Il a demandé au gouvernement d'évaluer ce qui a été fait afin de bien ajuster le tir. Le Comité s'attend également à ce que le gouvernement soit un leader et démontre clairement que la jeunesse est une préoccupation importante pour lui.

Sara Lapointe, conseillère, service Communication-Information

Pour en savoir plus :

Mémoire de la FIIQ :
<www.fiiq.qc.ca/memoires.htm>
Portail jeunesse Espace J :
<www.espacej.gouv.qc.ca>

Y a-t-il péril en la demeure?

Une médecine à deux vitesses trouvera-t-elle les assises que le gouvernement Charest attend depuis son arrivée au pouvoir? Une décision de la Cour suprême dans l'Affaire Chaoulli, rendue en juin 2005, ainsi que la publication en juillet dernier du rapport du Comité de travail sur la pérennité du système de santé et des services sociaux, le rapport Ménard, font craindre le pire.

L'interprétation fautive et simpliste du gouvernement sur ce jugement ainsi que les suites qui seront données au rapport Ménard constituent un moment stratégique pour l'implantation d'un réseau privé au Québec, ce qui représenterait un recul pour l'ensemble de la population du Québec. La Fédération et toutes ses membres doivent suivre de près ces récents développements. Une mobilisation et une solidarité s'imposent et la Fédération entend jouer un rôle important dans la dénonciation d'une médecine à deux vitesses.



La décision de la Cour suprême

La décision Chaoulli : quelle interprétation en faire?

Le 9 juin 2005, la Cour suprême rendait une décision qui risque d'avoir un retentissement politique important non seulement au Québec, mais également dans le reste du Canada. C'est profondément divisée, à quatre juges contre trois, que la Cour a donné raison aux appelants, le docteur Jacques Chaoulli et un patient, George Zeliotis. Ceux-ci contestaient la validité de l'interdiction de l'assurance maladie privée au Québec pour les soins et les services médicalement requis offerts par les médecins non-participants à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Alors que la Cour supérieure et la Cour d'appel avaient rejeté la requête, la Cour suprême en est arrivée à la conclusion contraire sur la base de la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne du Québec* qui garantit le droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté et à la liberté de sa personne. Essentiellement, le raisonnement des juges est le suivant : étant donné que les soins de santé sont soumis à des délais d'attente, que les listes d'attente constituent une forme de rationnement et que les conséquences des délais d'attente augmentent le risque de mortalité, dans le cas de chirurgies cardiovasculaires par exemple, la Cour conclut que le droit à la vie est touché par les délais inhérents aux listes d'attente et, qu'en conséquence, cette interdiction contrevient à la *Charte québécoise*.

Toutefois, la *Charte québécoise* prévoit que l'interdiction de l'assurance privée pourrait être justifiée ou être jugée valide dans certaines circonstances. Pour être justifiée, l'interdiction doit d'abord viser à préserver le système public et doit porter atteinte au droit à la vie. Après avoir examiné la preuve des experts, puis fait l'analyse de la situation dans les autres provinces du Canada et enfin, après avoir analysé la situation dans certains pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), les juges concluent que les services de santé publics ne sont pas menacés par l'assurance privée et que la prohibition de l'assurance privée n'est pas nécessaire pour assurer l'intégrité du régime public.

Trois des quatre juges majoritaires analysent la *Charte canadienne des droits et libertés* qui protège à son article premier le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne. L'atteinte à ce droit ne peut être portée qu'en conformité avec le principe de justice fondamentale. Pour ce faire, les règles de droit ne doivent pas être arbitraires. Dans le présent cas, trois juges estiment que l'interdiction de souscrire une assurance privée est arbitraire puisque d'autres démocraties réussissent à fournir des services médicaux à des prix plus abordables et ce, sans avoir recours à un monopole public. Ils concluent finalement que l'interdiction ne peut être justifiée dans le cadre d'une société libre et démocratique et qu'elle va au-delà de ce qui est nécessaire pour protéger le système public.

DOSSIER

Chaoulli

Ménard

Les juges dissidents

Pour les trois juges dissidents, essentiellement, il s'agit d'un débat politique qui ne doit pas être tranché par la voie judiciaire.

D'entrée de jeu, ils estiment qu'un régime de soins de santé fondé sur la capacité de payer plutôt que sur le besoin va à l'encontre de la *Loi canadienne sur la santé*. Ensuite, ils soulignent que le Québec n'interdit pas les soins de santé privés mais souhaite en décourager la multiplication. Ils soulignent également que l'autorisation de l'assurance privée constitue un préalable incontournable au développement d'un secteur de soins de santé privé parallèle. Bien qu'ils reconnaissent que les délais d'attente portent atteinte à la vie et à la sécurité de certain-e-s résident-e-s québécois-es dans certaines circonstances, les juges dissidents estiment qu'il n'y a pas atteinte au principe de justice fondamentale de la *Charte canadienne*. En effet, selon eux, l'objectif d'*accès dans un délai raisonnable à des soins de santé [...] de qualité raisonnable* n'est pas un principe juridique; il n'existe pas non plus de consensus social à propos de cet objectif et, finalement, il est difficile de départager ce qui est raisonnable de ce qui ne l'est pas.

Les juges dissidents, ne pouvant conclure au caractère arbitraire des choix faits par le gouvernement du Québec, concluent que l'atteinte au droit à la vie ne viole pas la *Charte canadienne*. En regard de la *Charte québécoise*, ces juges font remarquer que *les personnes qui sollicitent une assurance maladie privée sont celles qui en ont les moyens et qui y sont admissibles. Ce sont les plus favorisées. Elles se distinguent de la population générale par leur revenu*. En conclusion, les juges estiment que les choix faits par l'Assemblée nationale sont justifiables en regard de la *Charte québécoise* et que *confier la conception du système de santé aux tribunaux ne représente pas un choix judicieux*.

Lorsque le premier ministre Jean Charest affirme avoir reçu un ordre de la Cour suprême qui remet en question deux lois québécoises, il donne au jugement de la Cour suprême une portée qu'il n'a pas.

Tout d'abord, la Cour n'invalide que deux articles de loi et non des lois entières. Ensuite, la Cour était profondément divisée sur l'ensemble de l'interprétation de la preuve. Et enfin, la Cour suggère que, outre l'interdiction de l'assurance privée, différents moyens sont à la disposition du gouvernement pour assurer l'intégrité du système public. Or, l'autorisation de souscrire une assurance privée représente une véritable menace pour la pérennité du système public de santé : c'est la consécration d'une médecine à deux vitesses, c'est-à-dire un système de santé pour celles et ceux qui peuvent payer et un autre pour celles et ceux qui ne peuvent pas. De plus, les accords de commerce, qu'il s'agisse de l'Accord de libre-échange nord-américain (ALÉNA) ou de l'Accord général sur le commerce de services (AGCS), un accord obligatoire pour les pays membres de l'Organisation mondiale du commerce (OMC), comme le Canada, n'ont pas véritablement exclu la santé et les services sociaux de leur champ d'application. Deux offensives sont actuellement menées pour faire basculer le réseau de la santé dans le giron de ces accords : l'introduction de la concurrence, réclamée par les rapports Ménard et Clair, et l'ouverture aux assurances privées, par l'instauration d'un système mixte de santé. Ces aspects, qui n'ont nullement été pris en considération par la Cour suprême, doivent être combattus avec force.

Refusant obstinément de recourir à la clause dérogatoire (clause nonobstant) comme certains constitutionnalistes lui suggèrent et comme l'opposition officielle le réclame, le premier ministre Charest dit vouloir respecter le droit à la vie tel que défini dans la *Charte québécoise*; il affirme ne pas souhaiter éliminer le droit à la vie. L'utilisation de la clause dérogatoire, loin de faire l'unanimité, ne constitue qu'un des moyens pouvant être utilisés. En fait, lorsque le premier ministre dit avoir reçu un ordre de la Cour et lorsqu'il dit qu'il refuse d'éliminer le droit à la vie, il faut comprendre qu'il voit dans cette décision une opportunité politique quasi inespérée pour son gouvernement d'introduire des changements fondamentaux au régime public de santé, changements jusque là politiquement impensables.

Lucie Mercier,
conseillère, secteur Santé

Le gouvernement Charest interprète mal la décision

Le gouvernement du Québec a obtenu de la Cour suprême un délai de 12 mois pour l'application de cette décision et a repoussé le dépôt du document de consultation en janvier 2006, afin que la santé ne devienne pas un enjeu électoral fédéral. Une commission parlementaire est prévue et le projet de loi devrait être adopté en juin 2006. Un débat à suivre, lequel revêt d'ailleurs une importance politique primordiale.

Manifestation de la FIQ, le 10 juin 2005, pour dénoncer le jugement de la Cour suprême.



Portrait et critique du Rapport Ménard



Dans la foulée du programme d'action du gouvernement Charest, *Briller parmi les meilleurs*, et du Forum des générations (2004), le Comité de travail sur la pérennité du système de santé et des services sociaux du Québec lance un appel urgent pour réformer le financement du système de santé et de services sociaux¹.

S'il y a péril en la demeure, comme le mentionne le Comité présidé par Jacques Ménard du Groupe financier MBO, c'est parce que le Québec n'est pas assez compétitif sur le plan économique. En effet, bien qu'il figure actuellement parmi les *plus riches de la planète*, le Québec est toujours moins riche que les États-Unis et l'Ontario. À la question : qu'est-ce qui freine sa croissance économique? Le Comité répond : le financement des programmes du gouvernement et particulièrement ceux du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le faible taux de croissance de la productivité du Québec, le rapide déclin démographique et le vieillissement de la population, qui seraient plus importants au Québec qu'ailleurs, viendraient aggraver la situation. Une série de facteurs inéluctables qui contraindront - si l'on ne fait rien - la *génération montante* à porter un fardeau fiscal très lourd.

Des projections fatalistes

Le Comité fonde principalement son argumentation sur la base de projections démographiques et économiques. Ainsi, le faible taux d'augmentation de la population et son vieillissement entraîneraient un accroissement de la demande de services. À cela s'ajouterait l'augmentation des pratiques diagnostiques et thérapeutiques et le coût de l'assurance médicament qui occupe désormais le deuxième poste de dépenses depuis 1998-1999. Cette croissance systémique des dépenses se conjuguerait à la situation économique fragile du Québec, absorbée par la dette publique, dont le bassin de travailleurs-euses chutera, affectant directement la croissance du PIB ainsi que la cote du Québec sur les marchés boursiers.

À ce tableau sombre de l'avenir des finances publiques et du système de santé, le Comité apporte des remèdes qui se veulent essentiellement financiers et économiques. Ce qui n'empêche pas que soient amenées des propositions qui touchent aussi bien des domaines comme l'organisation du réseau que celui des orientations en prévention sociale. Le Comité appuie ces propositions sur des principes moraux comme l'équité, la solidarité, la responsabilité individuelle et collective et propose des orientations de gestion comme l'imputabilité et le financement public. À ce chapitre, il est relevé que le récent jugement de la Cour suprême du Canada, plus communément appelé arrêt Chaoulli, offre l'occasion exceptionnelle de réaffirmer le financement public du système de santé et de recourir au secteur privé.

Les services dits privés comprendront désormais ceux qui sont fournis par les entreprises privées à but lucratif, les entreprises d'économie sociale, le secteur communautaire, le bénévolat et les aidant-e-s naturel-le-s.

Des solutions qui augmentent le fardeau fiscal des québécois-es

Les solutions présentées par le Comité répondent au double objectif d'augmenter l'efficacité des services et le financement en santé. Il faut donc *fournir les meilleurs soins et services possibles au coût le plus bas* et mobiliser davantage de capitaux. Diverses avenues sont donc explorées et rassemblées autour de neuf mesures :

- 1 Rembourser la dette publique par la création d'un fond patrimonial provenant de la hausse des tarifs d'Hydro-Québec.
- 2 Mesurer la croissance des dépenses en santé en l'alignant sur celle du PIB, les coûts excédentaires étant financés à partir d'autres sources.
- 3 Corriger le déséquilibre fiscal par une péréquation juste et équitable.
- 4 Améliorer la performance du système de santé pour que les Québécois-es en aient pour leur argent.
- 5 Recourir au secteur privé pour réaliser des gains supplémentaires.
- 6 Créer un régime d'assurance contre la perte d'autonomie et d'autres missions comme les programmes pour les jeunes en difficulté. Ce régime comprendrait la totalité des crédits budgétaires consacrés aux services couverts par le gouvernement, plus des cotisations obligatoires et les revenus d'intérêt. L'objectif prioritaire de ce programme serait de renforcer l'autonomie résiduelle et répondrait uniquement aux besoins évalués et non pas à tous les besoins.
- 7 Créer un compte santé et services sociaux afin d'identifier dépenses et modes de financement.
- 8 Introduire de nouvelles mesures fiscales ou parafiscales. La TVQ est choisie par le Comité, car elle constitue une source de revenus importante, ne nuit pas à l'exportation ni aux entreprises puisque les intrants² font déjà l'objet de crédits de taxes. Les particuliers les plus démunis pourraient bénéficier des crédits d'impôts.
- 9 Créer une Commission parlementaire annuelle spéciale pour évaluer la performance globale du système de santé par le biais du compte santé et services sociaux.

Bien qu'il soit répété à plusieurs reprises dans le rapport que les contribuables québécois-es sont trop taxé-e-s, il faut noter que l'ensemble de ces mesures viennent augmenter le fardeau fiscal des particuliers. En effet, la hausse des tarifs d'Hydro-Québec, la cotisation obligatoire au régime d'assurance contre la perte d'autonomie ainsi que l'augmentation de la TVQ constituent toutes des taxes directes ou indirectes.

1. Comité de travail sur la pérennité du système de santé et des services sociaux du Québec, *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations, Rapport et recommandations, Tome I, Tome II : Annexes*, juillet 2005. Pour consulter ou télécharger le rapport : <<http://www.solidaritedesgenerations.qc.ca>>.

2. Éléments entrant dans la production de biens (énergie, matériel, etc.).

En ce qui concerne le deuxième levier proposé par le Comité, c'est-à-dire une amélioration de l'efficacité, les solutions préconisent un recours systématique au secteur privé afin de favoriser la concurrence. On utilisera donc les partenariats public-privé (PPP) pour les projets de construction, l'impartition et la sous-traitance pour les services alimentaires et l'entretien ménager, les fournisseurs privés pour les services *sociosanitaires* et l'achat de services hospitaliers diagnostiques ou thérapeutiques. Les secteurs de l'économie sociale, du communautaire, le bénévolat et les aidant-e-s naturel-le-s seront mis à contribution pour les services dispensés aux personnes en perte d'autonomie.



Des recommandations inacceptables

Il est déplorable que le Comité soit composé majoritairement de personnes provenant du milieu des affaires. En effet, les personnes âgées et les personnes en perte d'autonomie n'ont pas été consultées alors qu'elles subiront directement les impacts des solutions proposées par le Comité. Aussi, les professionnel-le-s, le secteur communautaire, les groupes de femmes, les bénévoles et les aidant-e-s naturel-le-s ne sont pas plus représentés alors qu'ils sont partie prenante des solutions.

Le Comité fonde son argumentation sur la notion de croissance économique mesurée avec le produit intérieur brut (PIB). Cet indicateur, qui représente la valeur simple de tous les biens et services produits dans une année à l'intérieur des frontières d'un pays, fournit toutefois une mesure limitée et incomplète de la richesse, dont la mesure est uniquement monétaire. En effet, le PIB ne tient pas compte des activités et des effets non quantifiables monétairement, et produits

à l'extérieur du marché comme le bénévolat et le travail domestique qui représenteraient de 32 à 77 % du PIB³. Il ne comptabilise pas non plus les répercussions néfastes de la pollution de l'air et de l'eau sur la santé humaine. Le PIB ne constitue donc pas un indicateur fiable de la richesse d'un pays.

La plupart des solutions envisagées consacrent justement l'augmentation des services de santé et de services sociaux à l'extérieur de notre réseau public et créera de nouvelles classes de travailleuses et de travailleurs bien payés, sous-payés ou impayés. Que ce soient les services fournis par les entreprises à but ou sans but lucratif, ceux qui sont fournis par les familles ou les organisations caritatives, le rapport ne tient pas compte des services déjà fournis à l'intérieur de cette sphère et privilégie cette piste, partant de *a priori* que c'est forcément plus efficace que dans le réseau public puisque moins coûteux.

Fait remarquable, parmi les mesures envisagées, il n'est jamais proposé d'étudier des solutions pour contrôler ou diminuer véritablement des postes de dépenses significatifs et problématiques comme celui des médicaments et des technologies. Au contraire, le Comité justifie cette augmentation des dépenses au profit de l'innovation et du développement de ces industries. Pourtant, l'augmentation des dépenses pour les médicaments correspond sensiblement à la date de création du régime (1^{er} janvier 1997) et met en lumière l'un des effets de ce régime, c'est-à-dire une inflation des dépenses par l'augmentation du coût des médicaments et du nombre d'ordonnances. Cet élément n'est absolument pas considéré, ni questionné, ne serait-ce que dans la perspective de la création d'un Régime supplémentaire

pour les services liés à la perte d'autonomie. On préfère donc augmenter la contribution des particuliers pour augmenter le financement du système de santé. Par ailleurs, la contribution des entreprises n'est nullement considérée alors que, comme le soulignait très récemment Yves Seguin, ancien ministre des Finances du gouvernement Charest, *les politiques fiscales du Québec à l'égard des entreprises sont parmi les plus favorables comparativement à l'ensemble des pays industrialisés*⁴.

Finalement, ce rapport soulève de nombreuses interrogations quant à la méthodologie, à l'interprétation des données et des conclusions, ce qui permet de mettre en doute les recommandations du Comité ainsi que leurs impacts sur le système de santé et de services sociaux québécois.

Un autre pas vers le désengagement de l'État

À la lumière des récentes déclarations du gouvernement du Québec relativement à l'introduction d'un financement privé et à l'institutionnalisation de la prestation de services privés financés par le public, on comprend que le rapport est construit dans le sens d'un développement accru du secteur privé. Si le gouvernement agit en conformité avec ses déclarations, les principes de gratuité et d'accessibilité inscrits dans la *Loi canadienne sur la santé* seraient remis en question et la santé deviendrait un marché ouvert au secteur privé. Le gouvernement aurait désormais la possibilité de ne plus fournir de services aux personnes en perte d'autonomie et de déléguer ces services aux entreprises, aux bénévoles et aux familles. Ce rapport constitue donc un moment stratégique de l'implantation d'un réseau privé de santé et de services sociaux au Québec puisqu'il précède le projet de loi qui sera déposé en 2006 afin d'introduire la prestation de services privés dans notre système.

Florence Thomas,
conseillère, secteur Santé

Fort de l'appui du milieu des affaires, le gouvernement de Jean Charest poursuit son objectif de désengagement en ce qui concerne les missions essentielles de l'État.

3. Florence Jany-Catrice, Jean Gadrey, *Les nouveaux indicateurs de richesse*, Collection Repères, La Découverte, Paris, 2005, 123 p.

4. Yves Seguin, « Le fardeau fiscal des entreprises », *Le journal de Québec*, 10 novembre 2005.

Organisation du travail

Les projets cliniques

Le projet de loi 83, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives, a été adopté le 28 novembre 2005. Ce projet de loi a pour principal objectif de soutenir les nouveaux modes d'organisation mis de l'avant par la loi 25, à savoir les réseaux intégrés de soins et de services. À cet effet, on y propose entre autres une démarche que l'on nomme le projet organisationnel et clinique, lequel repose entre les mains des CSSS, mais dont les tenants et aboutissants concernent au plus haut point les membres de la FIIQ.



Qu'est-ce qu'un projet organisationnel et clinique?

Selon le MSSS, le projet clinique du réseau local réfère à une démarche qui vise à répondre aux besoins de santé et de bien-être de la population du territoire à partir de divers modes de prestation de services adaptés aux réalités locales, articulés entre eux et qui englobent l'ensemble des interventions relatives à la promotion-prévention de la santé et du bien-être, le diagnostic, les interventions ou traitements, le suivi, l'adaptation et le soutien à l'intégration sociale, la réadaptation et le soutien en fin de vie. Il tient compte du rôle et des responsabilités des acteurs sectoriels et intersectoriels et du potentiel de contribution des divers acteurs. Il suppose que les divers interlocuteurs se rendent imputables des services qu'ils offrent aux individus et à la population et des ressources mises à leur disposition¹.

Ainsi, le projet organisationnel et clinique permet de questionner et d'adapter la prestation des soins et des services à la nouvelle réalité des réseaux locaux de services. Pour ce faire, l'instance locale, soit le CSSS, devra pour l'essentiel : préciser son offre de services, faire l'inventaire des ressources actuelles et de celles nécessaires pour mener à bien le projet, cibler les écarts à combler pour atteindre les objectifs que sont la qualité, l'accessibilité et la continuité des soins et services, identifier les modèles à maintenir, à renforcer ou à implanter, ainsi que déterminer les rôles et les responsabilités des acteurs concernés. Mentionnons aussi que les réorganisations s'appuieront sur des programmes-services et qu'elles seront orientées par deux principes fondamentaux : la responsabilité populationnelle (c'est-à-dire que les intervenant-e-s sont amené-e-s à partager collectivement une responsabilité envers la population du territoire concerné) et la hiérarchisation des services (qui se propose d'améliorer la complémentarité des services de première, deuxième et troisième lignes et de faciliter le cheminement des personnes à l'aide de mécanismes pertinents).

Tel que le prévoit le projet de loi 83, l'instance locale se voit confier en exclusivité la responsabilité de la définition de ce projet organisationnel et clinique pour le territoire qu'elle dessert. Cependant, parce qu'ils viendront modifier à différents degrés et de diverses manières l'organisation des soins et du travail des professionnelles en soins, c'est dans l'intérêt de celles-ci de voir à prendre une part active aux travaux entourant les projets organisationnels et cliniques.

La FIIQ est convaincue que c'est là une condition essentielle à la réussite du projet, puisque c'est à travers les pratiques professionnelles que se concrétisera le projet clinique. Il s'agit également d'une occasion pour les professionnelles en soins de contribuer aux réorganisations mises de l'avant par le gouvernement, mais aussi d'en tirer profit.

Brigitte Doyon, conseillère, secteur Tâche et Organisation du travail

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Projet clinique - Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux - Document principal*, Québec, La direction des communications du MSSS, octobre 2004, p. 6.

Une seule compagnie vous offre une assurance de groupe auto et habitation aussi personnelle



Profitez-vous personnellement du pouvoir de négociation de votre organisation ?

Le régime d'assurance de groupe de la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec offert par La Personnelle, c'est :

- plus de 8 500 polices en vigueur ;
- un taux de satisfaction de 96 % des membres assurés à la suite d'une demande d'indemnisation ;
- un taux de renouvellement des contrats de plus de 95 % en assurance auto et habitation.

La Personnelle tient à remercier les membres de la FIIQ pour leur confiance depuis 1996.

Appelez dès maintenant pour une soumission :

Auto ou habitation : **1 888 GROUPES**
4 7 6 8 7 3 7

Ou demandez une soumission auto en ligne en tout temps à www.lapersonnelle.com/fiiq

Vous serez automatiquement inscrit(e) au concours



Plaisirs assurés pour l'année vous donnant la chance de gagner 52 000 \$.



La Personnelle



La grippe aviaire

Par les temps qui courent, la question est sur toutes les lèvres : sommes-nous prêt-e-s à faire face à une éventuelle pandémie de grippe aviaire? Le 21 octobre dernier, à Radio-Canada, l'émission *Zone libre* présentait un reportage à ce sujet, *La grippe qui tue...*, dont le titre alarmiste ne laisse place à aucune équivoque. Selon l'enquête effectuée par le journaliste Claude Sauvé, une épidémie mondiale serait inévitable, mais les experts dans le domaine ignorent à quel moment elle peut survenir. Dans les prochains mois, dans un an, cinq ans ou plusieurs années?

Toutefois, le virus H5N1, responsable de cette grippe aviaire tant appréhendée par les experts, risque fort probablement d'être à l'origine de la prochaine pandémie. Il s'avère donc primordial pour les autorités de s'y préparer adéquatement et pour le personnel de la santé de s'en protéger de façon optimale.



Qu'est-ce que la grippe aviaire?

La grippe aviaire, appelée également influenza aviaire ou grippe du poulet, est une infection virale contagieuse provoquée par le virus de l'influenza de type A, qui peut toucher les oiseaux de toutes espèces y compris les oiseaux d'abattage (poulets, dindons, cailles, pintades), les oiseaux de compagnie, exotiques ou sauvages. Des études révèlent par ailleurs qu'un petit nombre d'espèces mammifères comme les porcs, les phoques, les baleines, les visons et les furets peuvent contracter une infection par un sous-type de virus de la grippe aviaire. Parmi ces espèces, le porc est le seul qui pourrait présenter un risque, si minime soit-il, pour la santé humaine.

Il existe plusieurs sous-types ou souches de virus de type A de la grippe aviaire en fonction des deux protéines

(antigènes H et N) présentes à la surface du virus, soit 16 sous-types H1 à H16 et 9 sous-types N1 à N9, et autant de combinaisons possibles de souches du virus. Seuls les sous-types H5 et H7 sont reconnus pour être devenus hautement pathogènes et responsables d'un grand nombre de décès chez les oiseaux, en particulier le virus H5N1 responsable des épidémies de grippe aviaire de type A rapportées depuis décembre 2003 en Asie, qui ont nécessité l'abattage massif de millions de poulets pour limiter l'apparition de nouveaux cas d'infection et qui ont fait des victimes chez les humains.

En Colombie-Britannique, en mars 2004, 36 élevages industriels de poulets ont été infectés par une souche différente et moins pathogène de grippe aviaire, le virus H7N3, infectant aussi deux travailleurs chargés d'abattre des poulets. Ces travailleurs ont développé des symptômes bénins, soit une conjonctivite et un écoulement nasal, qui se sont totalement résorbés.

La grippe aviaire se transmet-elle aux humains?

Les différentes souches de virus de la grippe aviaire n'infectent habituellement pas d'autres espèces que les oiseaux et parfois les porcs. Toutefois, la transmission à l'humain du virus présent chez des oiseaux infectés peut se produire dans le cas où des individus ont des contacts directs avec les excréments de ces oiseaux, ou avec l'environnement d'exploitations avicoles contaminées, ou encore avec des produits avicoles crus ou insuffisamment cuits. Par ailleurs, le risque de transmission du virus d'humain à humain est extrêmement faible voire presque nul. Jusqu'à présent, il n'y a en fait aucune preuve d'une telle transmission d'un humain à un autre.

Comment expliquer ce climat d'inquiétude autour de la grippe aviaire?

L'inquiétude mondiale qui prédomine résulte du fait que ces éclosions de grippe aviaire qui surgissent actuellement en Asie peuvent créer un terrain propice au réassortiment viral. La présence éventuelle chez une même personne du virus habituel de la grippe (H3N2) et du virus de la grippe aviaire (H5N1) donnerait à ces virus l'occasion d'échanger des gènes, ce qui pourrait engendrer un nouveau sous-type de



virus grippal hybride ayant le potentiel de causer une pandémie puisqu'il serait non seulement très virulent et contagieux, mais également transmissible entre les humains. Selon l'Agence de santé publique du Canada, si un tel événement aussi rare devait se produire, il aurait des conséquences graves immédiates pour la santé humaine à l'échelle du globe. Personne ne serait immunisé contre ce nouveau virus et il faudrait de quatre à six mois pour développer un vaccin.

Comment se protéger?

Qu'elles soient en présence connue ou non d'un microorganisme comme la *mycobacterium tuberculosis* ou la bactérie *Clostridium difficile*, ou bien du virus habituel de l'influenza ou celui de la grippe aviaire, il est essentiel que les professionnelles en soins protègent leur santé et celle de leur entourage en appliquant, de façon systématique, les pratiques de base et les précautions additionnelles appropriées à chacune des situations. Il s'agit là du meilleur moyen qu'elles ont à leur portée pour réduire, sinon éliminer, les risques de contracter ou de transmettre une maladie infectieuse¹. La vigilance s'impose à tous moments!

Hélène Caron, conseillère, secteur Santé et Sécurité du travail



1. Sources :

- <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/daio-enia/index_f.html>
- <<http://www.inspection.gc.ca/francais/anim/h5n1/diseases/avian/avian/avian.html>>
- <<http://www.inspection.gc.ca/francais/anim/h5n1/diseases/avian/avian/bacdoc/avian/avian.html>>
- <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/grippe_aviaire.php>
- <http://www.hc-sc.gc.ca/dc-ma/avia/index_f.html>

ATTENTION!

La vaccination contre l'influenza : quels sont vos droits?

De nouveau cette année, les employeurs incitent fortement le personnel soignant à se faire vacciner contre l'influenza. En cas d'une écloison, ils ont tendance à suivre les recommandations formulées dans le *Protocole d'intervention*¹ produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), dont celle d'exclure du travail auprès des bénéficiaires les personnes ayant refusé de recevoir la vaccination et de prendre la médication antivirale. Il est important de savoir que :

- Toute personne a le droit de choisir d'être vaccinée ou non, et de prendre ou non une médication.
- Un employeur qui exige que son personnel soignant soit vacciné ou prenne une médication, sous peine d'une exclusion du travail, doit pouvoir démontrer que cette mesure prise à l'égard de la salariée concernée est de nature à porter le moins possible atteinte à ses droits.
- Parmi les mesures pouvant être prises par l'employeur pour prévenir la transmission de l'influenza, il en existe qui portent beaucoup moins atteinte aux droits de la salariée comme celle de la maintenir à son travail habituel en autant qu'elle applique en tout temps les pratiques de base et les précautions additionnelles appropriées (lavage des mains, port du masque, des gants et de la blouse).
- Si l'employeur décide néanmoins d'exclure la salariée du travail, il ne peut le faire sans continuer de lui verser son salaire, conformément au même principe d'atteinte la plus légère possible à ses droits.

Bref, même en contexte d'écloison, vos droits ne doivent pas en prendre pour leur rhume! Consultez au besoin votre équipe syndicale.

Hélène Caron, conseillère, secteur Santé et Sécurité du travail

1. <<http://publications.msss.gov.qc.ca/acrobat/ff/documentation/2003/03-222-01.pdf>>



UN TREMPLIN POUR LA RETRAITE À CHAQUE PAIE

Contribuer au REER du Fonds, c'est simple, pratique et ça se fait presque tout seul. Une petite retenue sur le salaire et un crédit d'impôt supplémentaire : de quoi donner du ressort à vos économies!

EXEMPLES DE RETENUES SUR LE SALAIRE AVEC RÉDUCTION D'IMPÔT IMMÉDIATE					
ANNÉE D'IMPOSITION 2005 (26 périodes de paie)					
REVENU IMPOSABLE SE SITUANT ENTRE	CONTRIBUTION PAR PAIE	ÉCONOMIE D'IMPÔT (APPROX.) CRÉDITS + REER		PAIE NETTE RÉDUITE (APPROX.)	TOTAL INVESTI PAR ANNÉE
28031 \$ et 35595 \$	40,00 \$	12,00 \$	13,36 \$	14,64 \$	1040 \$
	100,00 \$	30,00 \$	33,40 \$	36,60 \$	2600 \$
	192,31 \$	57,70 \$	64,23 \$	70,39 \$	5000 \$
35596 \$ et 56070 \$	40,00 \$	12,00 \$	15,36 \$	12,64 \$	1040 \$
	100,00 \$	30,00 \$	38,40 \$	31,60 \$	2600 \$
	192,31 \$	57,70 \$	73,85 \$	60,77 \$	5000 \$
56071 \$ et 71190 \$	40,00 \$	12,00 \$	16,96 \$	11,04 \$	1040 \$
	100,00 \$	30,00 \$	42,40 \$	27,60 \$	2600 \$
	192,31 \$	57,70 \$	81,54 \$	53,07 \$	5000 \$

N'oubliez pas que vous pouvez obtenir les services d'une responsable locale ou d'un responsable local (RL) du Fonds dans votre milieu de travail. Renseignez-vous auprès de votre syndicat ou auprès d'**Alain Desrochers**, coordonnateur-FILQ au Fonds.

1 800 567-FONDS
www.fondsfqt.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 disponible à nos bureaux.

Saviez-vous que les prestations de la CSST sont assujetties à une nouvelle mesure fiscale?

Depuis 2004, une nouvelle mesure fiscale, adoptée par le gouvernement du Québec, est en vigueur. Selon cette mesure, les personnes ayant reçu des prestations de la CSST ou de la SAAQ doivent effectuer un redressement d'impôt lors de leur déclaration de revenus. Ces personnes doivent maintenant payer un impôt sur les prestations reçues à compter de l'année 2004, ce qui diminue d'autant le montant net qui leur reste au bout du compte. La somme à payer est inscrite sur les feuillets *relevés 5* et *relevés 5 supplémentaires* émis par la CSST pour fins d'impôt. Le gouvernement justifie l'adoption de cette mesure par le fait qu'une personne qui reçoit de telles prestations bénéficierait d'un revenu disponible supérieur à celui qu'elle recevrait si elle était demeurée au travail. Pour éviter tout désagrément, il est donc préférable que les personnes visées par cette mesure pensent à économiser le montant d'impôt qui devra être payé au cours de l'année suivante, lorsque viendra le moment de produire leur déclaration fiscale.

Le traitement admissible correspond au salaire à l'échelle. Il inclut la rémunération additionnelle (études postsecondaires), mais ne comprend pas les primes ni les heures supplémentaires. Pour établir le traitement admissible moyen, la CARRA fera la moyenne des cinq années où votre traitement admissible était le plus élevé.

Puisque vous recevrez d'autres revenus provenant des régimes publics, votre rente sera réduite à l'âge de 65 ans de la façon suivante :

$$0,7 \% \times \text{n}^{\text{bre}} \text{ d'années de service} \times \text{moyenne du MGA}^1 = \text{montant de la réduction}$$

(aux fins du calcul) (des 5 dernières années)

Lorsque la CARRA confirmera le montant de votre rente, elle vous indiquera également le montant de la réduction. Vous pourrez ainsi prévoir le montant de votre rente lorsque vous aurez atteint l'âge de 65 ans.

■ Le crédit de rente

Le crédit de rente est une rente annuelle qui s'ajoute au montant de la rente de base. Il s'agit d'un montant fixe qui, dans bien des cas, est minime. Le montant de votre crédit de rente apparaît dans l'état de participation que vous transmet la CARRA dans la colonne « remarques ». Pour avoir droit à un crédit de rente, il faut remplir l'une ou l'autre des conditions suivantes :

- avoir racheté du service accompli, avant votre adhésion au RREGOP, dans un établissement visé par le RREGOP ou qui aurait été visé s'il n'avait pas cessé d'exister;
- avoir participé à un régime complémentaire de retraite (RCR) avant votre adhésion au RREGOP.

■ La rente viagère additionnelle et la rente temporaire

Lorsque vous avez droit à un crédit de rente, celui-ci fait l'objet d'une revalorisation qui prend la forme de rentes additionnelles qui s'ajouteront aux montants de votre crédit de rente et de votre rente de base. La première rente est viagère tandis que la seconde est temporaire et vous sera versée jusqu'à l'âge de 65 ans. Voici comment se calculent ces montants de rente supplémentaires :

Rente viagère

$$1,1 \% \times \text{n}^{\text{bre}} \text{ d'années de service} \times \text{traitement admissible moyen} = \text{rente viagère}$$

(donnant droit à un crédit de rente) (des 5 années les mieux rémunérées) (à vie)

Exemple :

$$1,1 \% \times 5 \text{ années} \times 48\,000 \$ = 2\,690 \$$$

Rente temporaire

$$230 \$ \times \text{n}^{\text{bre}} \text{ d'années de service} = \text{rente temporaire}$$

(donnant droit à un crédit de rente) (jusqu'à 65 ans)

Exemple :

$$230 \$ \times 5 \text{ années} = 1\,150 \$$$

1. Maximum des gains admissibles de la RRQ.



Le patrimoine accumulé

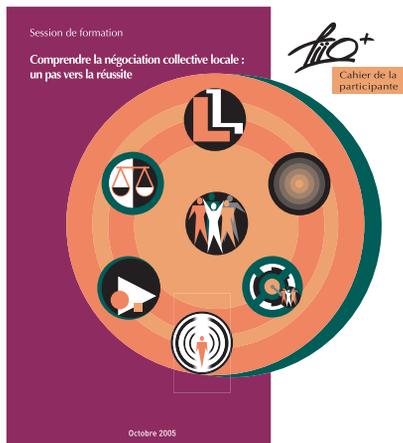
Vous pourrez compléter vos revenus avec vos épargnes personnelles de même qu'avec vos investissements dans des régimes enregistrés d'épargne retraite (REER). Ce choix de placement permet d'accroître vos revenus à la retraite et d'économiser de l'impôt l'année de votre contribution.

Line Lanseigne, conseillère, secteur Sécurité sociale

Pour plus d'information :

<www.carra.gouv.qc.ca/>
<www.rrq.gouv.qc.ca/fr/programmes/regime_rentes/>
<www.dsc.gc.ca/fr/psr/pub/sv/sv.shtml>

Formation des comités de négociation collective locale



Depuis le début du mois d'octobre, des sessions de formation sur la négociation collective locale se tiennent afin de former les membres élus au Comité de négociation collective de chaque établissement. Près de 600 membres seront ainsi formés. Cette formation sert de point de départ à la négociation collective locale. Les thèmes abordés concernent le travail d'équipe, la structure de négociation locale, les étapes du processus de négociation, l'analyse de la conjoncture, le cadre légal, les matières à négocier et l'utilisation stratégique des médias d'information. Les sessions de formation se poursuivront jusqu'à la mi-février. Les commentaires reçus jusqu'à présent sont très positifs et les comités se sentent mieux outillés et préparés pour amorcer la négociation collective locale.

De plus, une formation spécifique se tiendra prochainement pour la responsable locale ou les présidentes des syndicats affiliés.



FÉDÉRATION DES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS DU QUÉBEC

POSTE-PUBLICATION
Convention 40007983



Jean-Philippe Lefebvre, 8 ans

*Les membres du Comité exécutif
et l'ensemble des employés de la Fédération
vous souhaitent un Joyeux Noël
et une Bonne Année 2006.*

Siège social

2050, de Bleury, 4^e étage, Montréal (Québec) H3A 2J5
Tél. : (514) 987-1141 1 800 363-6541 Téléc. : (514) 987-7273

▼ **ADRESSE DE RETOUR**

Bureau de Québec

1260, boul. Lebourgneuf, bureau 300, Québec (Québec) G2K 2G2
Tél. : (418) 626-2226 1 800 463-6770 Téléc. : (418) 626-2111