

# EN ACTION

VOL 21 — NO 1 — MARS 2008

FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC

Conseil fédéral  
des 18, 19 et 20 mars 2008



## La FIQ en action

Lina Bonamie  
Présidente

# LA FIQ EN ACTION



Ce premier conseil fédéral de l'année 2008 a débuté avec la même énergie qui est propre à la Fédération. Après les salutations d'usage, la présidente de la FIQ, Lina Bonamie, a exposé à la délégation l'ordre du jour des trois journées à venir. « En plus de la présentation des dossiers des secteurs et services de l'organisation, trois conférenciers viendront nous rendre visite : Gregor Murray du Centre de recherche interuniversitaire sur la mondialisation et le travail, Michel Sawyer, président du SFPQ et Pierre Dubuc, directeur-fondateur et rédacteur en chef de L'aut'journal », a annoncé madame Bonamie. La présidente a aussi rappelé que le congrès de la Fédération approche à grands pas : « à deux mois et demi de cette instance d'envergure, il est temps d'adopter son ordre du jour ».

## Privatisation

P.3

Le SISP très actif au cours des dernières semaines  
*Le chemin du privé en santé*

## Commissions

P.5

Rôles, tâches, fonctions et responsabilités des professionnelles en soins

## Pour une pratique unifiée

P.9

## Négociation

P.16

La négociation : tour d'horizon

Madame Bonamie a ensuite émis ses commentaires sur les événements ayant directement touché la FIQ au cours des dernières semaines. « La FIQ n'a pas chômé, mais le ministre Couillard non plus », a déclaré la présidente. En décembre dernier, à défaut d'user d'un baïllon, le ministre de la Santé a cette fois choisi d'imposer un règlement. Dans la foulée du projet de loi 33, ce règlement toucherait les traitements médicaux spécialisés dispensés dans les centres médicaux spécialisés et encouragerait la création d'hôpitaux privés : 54 chirurgies pourraient dorénavant y être effectuées. À cet effet, la Fédération a déposé un avis qui a valu à la présidente d'être contactée par le ministre : « Monsieur Couillard a sous-entendu que la FIQ s'inquiétait pour rien, que des cadenas étaient prévus dans le règlement afin d'empêcher la privatisation. Il est même allé jusqu'à se dire défenseur des services publics ». La Fédération a aussi été invitée à rencontrer les sbires ayant rédigé la Loi 33 : « Nous sommes revenues encore plus inquiètes », a précisé madame Bonamie.

De plus, la présidente a informé la délégation des tenants et aboutissants d'entretiens intervenus entre Bernard Drainville, porte-parole du Parti Québécois en matière de santé et la FIQ. Ainsi, monsieur Drainville a voulu rencontrer les organisations syndicales afin d'être alimenté sur la situation vécue dans le

réseau de la santé et trouver des pistes de solutions pouvant être envisagées. D'autres rencontres sont prévues dans les mois à venir.

« Puis, en février, il y a eu le dépôt du tant attendu rapport Castonguay », a poursuivi madame Bonamie. Le 19 février, la Fédération était au poste devant le Centre des congrès de Québec pour accueillir les journalistes venus couvrir l'évènement. « La FIQ est plus que satisfaite de la couverture médiatique qui lui a été accordée cette journée-là », a-t-elle affirmé.

Enfin, la présidente a conclu son allocution en présentant certains des résultats obtenus à la suite d'un sondage effectué par l'OIIQ, en janvier dernier, auprès des infirmières d'agences. Ce sondage visait à établir un portrait de leur situation au travail et les raisons et motifs de leur choix de travailler en agence. Ainsi, « il est ressorti que 86 % du personnel infirmier travaillant en agence est de sexe féminin, que ce personnel est à 35 % âgé entre 30 et 39 ans, que les infirmières sont entièrement satisfaites ou très satisfaites professionnellement à 77 %, que leurs sources de satisfaction sont principalement la flexibilité des horaires et le salaire et que le travail en agence favorise la conciliation travail-études et travail-famille ». ■

## POSTE-PUBLICATION

Convention 40007983

(adresse de retour)

FIQ – Québec | 1260, boul. Lebourgneuf  
Bur. 300, Québec (Québec) G2K 2G2



Gregor Murray

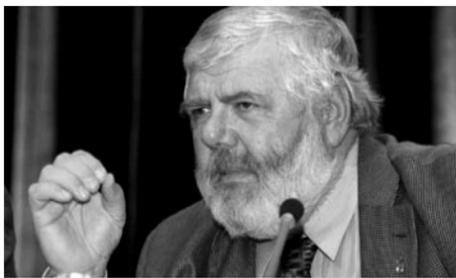
## DES CONFÉRENCIERS DE MARQUE

### GREGOR MURRAY

#### « L'union fait la force »

Dès la première journée de l'instance, les déléguées ont eu la chance de passer près de deux heures en compagnie de Gregor Murray, directeur du Centre de recherche interuniversitaire sur la mondialisation et le travail (CRIMT) et professeur à l'École de relations industrielles de l'Université de Montréal. Sous le thème « Repenser les structures et les modes d'action : Les défis du changement pour le syndicalisme du secteur public », monsieur Murray a d'abord fait un retour sur les faits saillants de la conjoncture de la FIQ avant de proposer un travail en atelier à la délégation. Les déléguées ont ainsi été invitées à réfléchir sur le plus important succès vécu par leur organisation syndicale au cours des dernières années. Par la suite, le conférencier a traité de la construction du pouvoir syndical et a présenté certains outils et ressources permettant d'y arriver.

Tout au long de cette présentation, des mots-clés sont nettement ressortis : respect, communication, ouverture, solidarité et persévérance.



Michel Sawyer

### MICHEL SAWYER

#### « Les luttes que l'on perd sont celles qu'on ne fait pas »

Puisque les organisations syndicales formant le SISF ont convenu de prendre l'habitude d'inviter un-e représentant-e d'une autre organisation membre du Secrétariat à participer à leurs instances, ce fut cette fois le tour de Michel Sawyer, président du Syndicat de la fonction publique du Québec (SFPQ). D'entrée de jeu, monsieur



Pierre Dubuc

Sawyer a confié se sentir comme dans une tournée d'adieu puisqu'il quittera ses fonctions au mois d'avril, après six ans passés à la présidence.

Avec ses quelques déclarations concernant de près ou de loin la Fédération, monsieur Sawyer a su capter l'attention de la délégation : « Ça prend des femmes pour mettre de grandes luttes de l'avant » ou « lorsque la FIQ a joint les rangs du SISF, ce fut assurément un moment déterminant ».

Pendant son allocution, le président a fait ressortir l'importance de la réflexion et de la discussion dans un regroupement composé d'organisations différentes les unes des autres. Il a aussi souligné que la notion de confiance entre elles est primordiale. « On est ensemble en étant unitaire », a-t-il toutefois précisé.

Enfin, monsieur Sawyer a terminé sa présentation en affirmant que, pour le SISF, le moment est venu de sortir des structures nationales. Le regroupement a assurément le vent dans les voiles!

### PIERRE DUBUC

#### « Dernier journal de gauche au Québec »

Enfin, les déléguées ont reçu la visite de Pierre Dubuc, directeur et rédacteur en chef de L'aut'journal, le dernier journal de gauche au Québec, qu'il a fondé il y a 24 ans. Les membres du Comité exécutif trouvaient important que monsieur Dubuc puisse présenter à la délégation son journal ainsi que son site Internet dont le contenu rejoint les préoccupations et orientations de l'organisation.

<[www.lautjournal.info](http://www.lautjournal.info)> ■

## LOI 30 : IMPACTS DU JUGEMENT DE LA COUR SUPÉRIEURE

Sylvie Savard, responsable politique du secteur Négociation, Éline Trottier, 2<sup>e</sup> responsable politique du secteur Relations de travail et Brigitte Fauteux, responsable politique du service Organisation syndicale, accompagnées de Pierre Desnoyers, Gino Pouliot et Robert Seers, conseillers syndicaux, ont fait un bref compte-rendu des impacts et développements liés à la Loi 30.

En guise d'introduction, il a été mentionné que, depuis l'imposition de la Loi 30, la Fédération a vécu d'importantes transformations; son régime de représentation syndicale et de négociation s'en est d'ailleurs trouvé nettement bouleversé. Malgré cette ingérence injustifiée du gouvernement Charest, la FIQ a su s'adapter à cette nouvelle réalité tout en s'opposant fermement et avec ténacité à l'imposition de cette loi. La Fédération a également dû composer avec la Loi 43 (projet de loi 142) qui a décrété les conditions de travail et de salaire à l'échelle nationale. Ainsi, la FIQ a restructuré ses unités de négociation et amorcé, par la suite, des négociations locales à l'égard des matières lui ayant été également imposées.

Le 30 novembre dernier, la Cour supérieure a déclaré inconstitutionnelle la Loi 30 qui forçait la fusion des accréditations syndicales dans le réseau de la santé et des services sociaux et qui modifiait le régime de négociation par la décentralisation de 26 matières. Par ce jugement, la Cour suspendait l'effet de la déclaration d'invalidité et accordait au gouvernement un délai de 18 mois pour prendre les mesures nécessaires afin de se conformer aux chartes canadienne et québécoise à l'égard de la liberté d'association. Le 21 décembre dernier, sans grande surprise, le

gouvernement du Québec, avant d'entreprendre des discussions avec les organisations syndicales concernées, a annoncé qu'il appelait du jugement au lieu d'utiliser les fonds publics à bon escient.

L'appel ainsi logé à l'encontre de ce jugement a eu pour effet d'en suspendre l'exécution jusqu'à ce que la Cour d'appel rende une autre décision. Même si l'exécution du jugement de la Cour supérieure a été suspendue du fait de cet appel, des précisions ont été apportées aux déléguées quant à ses impacts, dans l'éventualité où il serait maintenu par la Cour d'appel. Puisque ce jugement accordait au gouvernement un délai pour amender la Loi 30 afin de la rendre conforme aux chartes canadienne et québécoise, il est clair que tout ce qui a été fait en regard de l'application de cette loi ne sera pas changé pour l'instant. Dans l'éventualité où le gouvernement déciderait de ne pas s'y conformer, ce n'est qu'à l'expiration de ce délai que l'exécution du jugement viendrait invalider la Loi 30 pour l'avenir, sans défaire ce qui a été fait auparavant.

Toutefois, si le gouvernement décidait de mettre le jugement en application, nonobstant l'appel logé, il faudrait déterminer de quelle façon l'amender en fonction des objectifs poursuivis. D'autre part, compte tenu des travaux envisagés quant à la réforme du régime de négociation, dans le cadre notamment des discussions déjà entreprises avec les organisations membres du SISF et les autres organisations syndicales concernées, il y a lieu d'amorcer une réflexion plus générale en regard de l'ensemble du régime de relations de travail.



Sandra Gagné, conseillère syndicale au service Communication-Information, Michèle Boisclair, responsable politique du secteur Sociopolitique et Guy Drouin, conseiller syndical au service Organisation syndicale

## LE SISP TRÈS ACTIF AU COURS DES DERNIÈRES SEMAINES

Michèle Boisclair, responsable politique du secteur Sociopolitique, Guy Drouin, conseiller syndical au service Organisation syndicale et Sandra Gagné, conseillère syndicale au service Communication-Information, ont présenté à la délégation les dernières actions menées par le SISP depuis le conseil fédéral de décembre 2007.

La première action fut la manifestation soulignant les deux ans de l'imposition de la Loi 142 décrétant les conditions de travail et les salaires dans le secteur public. Cette manifestation a eu lieu le 13 décembre 2007, devant les bureaux du Conseil du trésor à Québec, avec la participation de membres de la

FIQ de la région de Québec. Le SISP a profité de l'occasion pour remettre à deux députés du Parti Québécois une pétition contenant près de 25 000 signatures de travailleuses et de travailleurs du secteur public. Il est donc demandé aux élus de faire pression sur le gouvernement afin d'entreprendre des discussions avec les organisations syndicales et, ainsi, de rencontrer les recommandations du Bureau international du travail (BIT) en lien avec l'imposition du décret de 2005.

Dans les dernières semaines, trois autres actions ont été initiées par le SISP et sont liées aux dangers de privatiser davantage le système de santé public. Entre autres, une grande opération de distribution de tracts sur l'ensemble du territoire du Québec a été menée afin de sensibiliser la population. Parallèlement, une campagne de signatures de cartes postales a eu lieu auprès des travailleuses et des travailleurs du secteur public afin de réclamer un engagement clair du gouvernement du Québec envers notre système de santé

public. Finalement, le 19 février dernier, le SISP a été extrêmement actif puisque le groupe de travail, présidé par Claude Castonguay, présentait ses recommandations sur le financement du réseau de la santé.

Très tôt ce matin là, un comité d'accueil attendait le groupe de travail et les journalistes devant le Centre de congrès de Québec, lieu où se tenait la conférence de presse. Par la suite, les dirigeants syndicaux du SISP ont fait part, par le biais d'une conférence de presse, de leurs réactions aux recommandations du groupe Castonguay. Le SISP a aussi profité de cette journée pour se rendre au Parlement et remettre les cartes postales signées par ses membres et adressées au premier ministre. Toujours dans le contexte du rapport Castonguay, les membres du SISP ont également participé à une manifestation, le 20 février, alors que Claude Castonguay présentait les recommandations du rapport aux membres de la Chambre de commerce du Montréal métropolitain. ■

### LOI 30 (suite)

À ce stade-ci, compte tenu des enjeux en cause et des différents acteurs à considérer, il est primordial de bien évaluer la situation. Dans le cadre des travaux déjà entrepris en ce qui a trait à la réforme du régime de négociation ainsi qu'en fonction des discussions liées à l'ensemble du régime de relations de travail, il faut se donner les moyens nécessaires pour atteindre les objectifs poursuivis. En ce sens, la Fédération doit obligatoirement conjuguer ses efforts avec ceux des autres organisations syndicales, et ce, même si toutes n'ont pas les mêmes particularités et objectifs. Il ne s'agit pas ici de négocier une convention collective avec le gouvernement, mais plutôt la structure juridique du régime de représentation syndicale et de négociation qui sera applicable pour l'ensemble des secteurs public et parapublic. Des discussions ont donc été entreprises en ce sens.

Avant de prendre position sur la structure juridique la mieux adaptée à la représentation syndicale et à la négociation collective du secteur de la santé, il est nécessaire de poursuivre des travaux d'analyse ainsi que des discussions et négociations avec l'ensemble des intervenants concernés.

Par la suite, la Fédération devrait être en mesure de proposer un régime global de relations de travail qui garantisse le respect de son mandat fondamental qui est de « s'associer librement et volontairement dans le but de négocier des conditions de travail dans un juste équilibre du rapport de force des parties en présence ».

## LE CHEMIN DU PRIVÉ EN SANTÉ

Michèle Boisclair, accompagnée de Lucie Mercier et de Karine Crépeau, conseillères syndicales au secteur Sociopolitique, a présenté à la délégation *Le chemin du privé en santé*, un outil développé par la Fédération pour la sauvegarde d'un système public de santé financé publiquement.

Dans le cadre d'une série d'argumentaires, cette nouvelle brochure explique la façon dont s'opère le processus de privatisation dans le réseau de la santé et des services sociaux. Plusieurs changements introduits dans ce réseau visent essentiellement à paver le chemin du privé en santé. Ses fondements mêmes, comme la prestation et le financement des services de santé publics, font l'objet de sérieuses remises en question.

Sous forme de questions réponses, *Le chemin du privé en santé* énonce les récents développements ayant permis d'ouvrir davantage la porte à la privatisation : la Loi 33, ses projets de règlements et le rapport Castonguay.

Ce 2<sup>e</sup> argumentaire est disponible à <[www.fiqsante.qc.ca](http://www.fiqsante.qc.ca)>. ■

### LA FIQ DEMEURE VIGILANTE

Michèle Boisclair, Karine Crépeau et Lucie Mercier ont aussi tenu à assurer à la délégation que la FIQ demeure vigilante en ce qui a trait au rapport Castonguay. En effet, à la suite du dépôt du rapport, les médias se sont empressés de l'enterrer en affirmant qu'il était déjà tabletté comme bien d'autres rapports produits avant lui. Toutefois, malgré des commentaires d'abord mitigés de la part du ministre de la Santé, de la ministre des Finances et du premier ministre Charest, certaines recommandations ont déjà été mises en œuvre ou sont en voie de l'être.

Le gouvernement du Québec a considérablement nuancé ses positions de départ sur ce rapport et, en fait, ne rejette officiellement que l'une des 37 recommandations, soit la hausse de la taxe de vente du Québec (TVQ). La Fédération poursuit donc ses actions afin d'endiguer ces visées néolibérales de privatisation des soins de santé.

# EN BREF...

## SIÈGE SOCIAL DE LA FIQ

Les travaux de construction du nouveau siège social de la Fédération se poursuivent. Le déménagement du bureau de Montréal qui était prévu pour la fin du mois d'avril est reporté au mois d'août. Un rapport de l'état des travaux sera fait lors de l'Assemblée générale de FIQ - Association immobilière qui aura lieu au mois de juin. ■

## ENSEMBLE POUR LA SANTÉ

C'est sous le thème « Ensemble pour la santé » qu'aura lieu, le 3 mai prochain, à Montréal, une grande manifestation nationale soulignant la Fête internationale des travailleuses et des travailleurs. Le rassemblement est prévu à midi, au Parc La Fontaine, au coin de la rue Sherbrooke et de l'avenue du Parc-La Fontaine.

Le système de santé public est grandement menacé depuis l'arrivée au pouvoir du gouvernement de Jean Charest. Ce dernier a déjà commencé à ouvrir la porte au privé et les recommandations du groupe de travail présidé par Claude Castonguay n'ont rien pour rassurer la population. Le groupe de travail recommande, entre autres, de faire payer le-la citoyen-ne en fonction de son utilisation des soins de santé. Le thème choisi pour cette fête des travailleuses-eurs s'est donc imposé de lui-même. Il faut s'unir afin de freiner ce gouvernement et, ainsi, préserver le contrat social que la population québécoise a choisi de se donner : un système de santé public, gratuit et universel.

Les membres de la FIQ sont donc invités à participer en grand nombre à cette fête qui est célébrée, au Québec, depuis 1972. Des autobus provenant de plusieurs régions du Québec seront disponibles. Les équipes locales auront bientôt toute l'information. ■

## PANDÉMIE D'INFLUENZA AVIAIRE - LA FÉDÉRATION PRÉSENTE AU COMITÉ CONSULTATIF

Élaine Trottier, responsable politique du secteur Santé et Sécurité du travail, ainsi qu'Aline Aubin, conseillère syndicale du secteur, ont présenté à la délégation un bilan des rencontres du Comité consultatif sur la pandémie d'influenza aviaire. Ce comité est constitué d'une trentaine d'intervenant-e-s dont la FIQ, des représentant-e-s de divers ministères du gouvernement du Québec, de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), de la CSST, de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESS) ainsi que d'autres organisations syndicales.

Le mandat de ce comité est d'instrumenter les autorités de santé publique en ce qui a trait aux mesures de prévention à prendre advenant une pandémie. Le comité doit voir, d'une part, à limiter la transmission du virus et, d'autre part, à protéger le plus adéquatement possible la population si une telle pandémie touchait le Québec.

Il est certain que la Fédération est préoccupée par les mesures telles que la fermeture des lieux publics, l'ordre de vaccination, les antiviraux ainsi que les équipements de protection personnelle, mais qu'en est-il de la question des ressources humaines appelées à prêter main forte en cas de pandémie ainsi que des conditions de travail des professionnelles en soins? Les dernières rencontres du comité consultatif n'ont pas fourni de réponses satisfaisantes aux questions de la Fédération.

Cependant, à la fin du mois de mars 2008, une rencontre aura lieu avec monsieur Roger Paquet, sous-ministre de la Santé et des Services sociaux. Les préoccupations de la Fédération touchant les ressources humaines figurent à l'ordre du jour. ■

## AUX PROBLÈMES DU RÉSEAU DE SANTÉ PUBLIC, DES SOLUTIONS PUBLIQUES!

Le 15 mars dernier avait lieu, au Collège de Maisonneuve de Montréal, une journée de réflexion organisée par la Coalition Solidarité Santé, dont la FIQ est membre. Plus de 200 personnes se sont donc réunies, l'instant d'une journée, afin d'échanger sur des solutions publiques aux problèmes actuels du réseau de la santé.

Divers ateliers étaient offerts aux participant-e-s et touchaient plusieurs facettes de ce réseau de santé : le rapport Castonguay, le financement de la santé, les nouvelles approches de gestion, les listes d'attente, la privatisation des CHSLD, la pénurie de main-d'œuvre et bien d'autres. Les ateliers présentaient des conférenciers issus d'horizons différents, mais toutes et tous s'entendent sur une chose : il faut protéger le système de santé public des attaques de privatisation qui sont de plus en plus nombreuses. ■

## LIENS ENRICHISSANTS

Même si elle n'en est pas membre, la FIQ entretient des liens étroits avec la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (FCSII). La FCSII regroupe neuf provinces représentant environ 115 000 membres. Ainsi, la FIQ répond généralement positivement aux invitations lancées par la FCSII.

Il y a quelques semaines, Michèle Boisclair, 1<sup>re</sup> vice-présidente de la FIQ, se rendait à Ottawa pour un déjeuner-conférence sur les déterminants de la santé et l'importance d'un bon financement des soins de santé où députés et sénateurs étaient conviés.

Dans le même ordre d'idées et dans le but de faire pression sur les décideurs, la FCSII a contacté la FIQ afin d'organiser une activité, au mois de juillet 2008, dans le cadre de la visite des premiers ministres des différentes provinces, à Québec, pour les fêtes du 400<sup>e</sup>. En plus des rencontres avec les décideurs politiques, des conférences seront organisées. Le tout devrait avoir lieu dans la semaine du 13 juillet 2008. À suivre... ■



Florence Thomas, conseillère syndicale au secteur Sociopolitique, a participé à l'organisation de la journée de réflexion du 15 mars dernier



Aline Aubin, conseillère syndicale au secteur Santé et Sécurité du travail et Éline Trottier, responsable politique du secteur



Murielle Tessier-Dufour, conseillère syndicale au secteur Tâche et Organisation du travail

## RÔLES, TÂCHES, FONCTIONS ET RESPONSABILITÉS DES PROFESSIONNELLES EN SOINS

En décembre 2007, les déléguées présentes au conseil fédéral ont demandé à la FIQ d'établir un portrait des rôles, tâches, fonctions et responsabilités des professionnelles en soins en regard de l'application de la Loi 90 et du plan thérapeutique infirmier (PTI) dans les établissements de santé. Ensuite, lors du conseil fédéral de mars 2008, ce portrait devait faire l'objet de discussions en commissions et permettre de dégager un plan d'action.



Marc-André Courchesne, conseiller syndical au secteur Relations de travail

Ainsi, au dernier conseil fédéral, Sylvie Savard, responsable politique du secteur Tâche et Organisation du travail et Daniel Gilbert, responsable politique du secteur Relations de travail, accompagnés de Murielle Tessier-Dufour, conseillère syndicale au secteur Tâche et Organisation du travail et de Marc-André Courchesne, conseiller syndical au secteur Relations de travail, ont présenté le portrait à la délégation. Le texte suivant propose donc successivement le bilan du portrait sur les rôles, tâches, fonctions et responsabilités des professionnelles en soins et celui des échanges en commissions.

### PORTRAIT EN 2008

Tout d'abord, il est important de souligner que la réalisation de ce portrait a été rendue possible grâce à la participation des présidentes et des responsables locales. La FIQ les a toutes invitées à l'une des douze rencontres tenues entre le 18 et le 27 février 2008. Une centaine de personnes s'y sont présentées, représentant ainsi 84 établissements de santé. Afin de cerner l'état de la situation aussi précisément que possible, les discussions portaient sur plusieurs aspects de l'application de la Loi 90 dans chaque établissement. Quatre thèmes ont été abordés afin d'en dégager les grandes tendances soit : l'environnement externe, l'environnement interne, l'encadrement légal et réglementaire ainsi que l'analyse des obstacles à l'implantation de la Loi 90.

### ENVIRONNEMENT EXTERNE

L'environnement externe des établissements doit nécessairement tenir compte de l'encadrement légal (Loi 90 et PTI), de la pénurie et de la restructuration du réseau et de la création des réseaux intégrés de soins et de services.

La Loi 90, adoptée en 2002 et en vigueur depuis janvier 2003 (certains articles sont entrés en vigueur en juin de la même année seulement), définit et actualise le champ d'exercice de onze professions du domaine de la santé physique, notamment les professions d'infirmière, d'infirmière auxiliaire et d'inhalothérapeute, afin de mieux les adapter au contexte actuel. La loi a reconnu des pratiques déjà en cours dans les milieux de soins et enrichi certains champs d'exercice. Le PTI, quant à lui, vise à dresser le portrait clinique évolutif des problèmes et des besoins prioritaires des client-e-s; l'ensemble des infirmières qui interviendront auprès d'eux-elles devront en tenir compte. L'infirmière inscrira des directives au dossier, à l'intention notamment des infirmières auxiliaires, en vue d'assurer le suivi (surveillance clinique, soins et traitements). Le PTI deviendra un outil important de collaboration interprofessionnelle entre les infirmières et les infirmières auxiliaires.

Les pénuries de personnel ne sont pas exclusives au milieu de la santé. Toutefois, dans ce domaine d'activités, la situation de pénurie revêt un caractère particulier eu égard aux impacts négatifs sur les soins et les services de santé à la population. Dans le passé, le réseau a

connu des périodes de pénurie de certain-e-s professionnel-e-s de la santé. Cependant, depuis le milieu des années 90, il ne s'agit plus d'un phénomène cyclique, mais bien d'une pénurie persistante et sévère, notamment chez les infirmières.

L'arrivée au pouvoir du Parti libéral du Québec, en 2003, a conduit à une restructuration majeure du réseau de la santé et des services sociaux fondée sur une idéologie néolibérale. Cette réorganisation visait l'amélioration du système en le rendant plus efficace, plus efficient et performant. Les façons d'y parvenir impliquent, toujours selon ce gouvernement libéral, la création de réseaux locaux de services pour toutes les régions du Québec, la réduction du nombre d'unités d'accréditation syndicale et le déplacement de la négociation de 26 matières au niveau local. Un réseau de services intégrés est une composition de services de santé et de services sociaux à court, à moyen et à long terme, indépendants, organisés et coordonnés sur le territoire du réseau local.

### ENVIRONNEMENT INTERNE

En ce qui a trait à l'environnement interne, trois éléments principaux pouvant faire varier l'application de la Loi 90 ont été abordés : la pénurie de professionnelles en soins, la fluctuation de la main-d'œuvre et, finalement, le recours au travail à taux supplémentaire et au personnel d'agences.

Dans les centres hospitaliers universitaires (CHU), les centres hospitaliers affiliés (CHA) et les différents instituts

du Québec, la situation de pénurie est plutôt semblable. Les infirmières connaissent une pénurie de modérée à sévère, particulièrement à Montréal. La situation des infirmières auxiliaires est plus enviable puisqu'il ne semble pas y avoir de pénurie dans les CHU, CHA et instituts alors que les inhalothérapeutes connaissent une pénurie modérée.

Du côté des fluctuations de main-d'œuvre, la situation est sensiblement la même pour l'ensemble des CHU, CHA et instituts : une hausse du nombre de cliniciennes et d'infirmières auxiliaires est observée et le nombre d'infirmières et d'inhalothérapeutes y demeure généralement stable.

Dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les établissements privés conventionnés (EPC) des régions de Montréal et Québec, la pénurie d'infirmières et d'inhalothérapeutes va de modérée à sévère, la situation étant particulièrement grave à Montréal. Pour ces deux régions, la situation des infirmières auxiliaires est beaucoup moins préoccupante alors que la pénurie est quasi inexistante, hormis dans quelques établissements de Montréal. Alors que les réalités sont très nombreuses et diversifiées, il n'y a pas de fluctuations significatives et généralisables de main-d'œuvre pour ces CSSS et EPC.

Pour ce qui est des CSSS et des EPC des autres régions du Québec, la pénurie revêt différents visages. Le Saguenay-Lac-St-Jean, par exemple, est plus ou moins épargné par la pénurie de professionnelles en soins : il y manque très peu d'infirmières et il n'y a pas de pénurie d'infirmières auxiliaires et d'inhalothérapeutes. Cependant, plusieurs régions connaissent une sévère pénurie d'infirmières : Outaouais, Laval-Laurentides-Lanaudière, Mauricie, Montérégie et Côte-Nord. Toutefois, dans les régions de l'Abitibi, de Chaudière-Appalaches et du Bas-St-Laurent, elle est plutôt modérée.

La pénurie d'infirmières auxiliaires, quant à elle, touche les régions de la Mauricie, de l'Outaouais, de la Montérégie, de la Côte-Nord et de Lanaudière, alors que les autres régions sont épargnées. Pour les inhalothérapeutes, la pénurie est sévère dans la région de l'Outaouais et modérée dans les régions de la Montérégie, de l'Abitibi et de Laval-Laurentides-Lanaudière. Dans les différentes régions du Québec, la réalité est étonnamment semblable. Pratiquement partout, des hausses du

nombre de cliniciennes et d'infirmières auxiliaires sont observées.

Finalement, le dernier élément de l'environnement interne est le recours au travail à taux supplémentaire (TS) et au personnel d'agences. Un constat indubitable peut être associé à l'ensemble des établissements du réseau et est un symptôme d'une pénurie importante : le recours au TS est généralisé. Le travail à taux supplémentaire obligatoire (TSO) est aussi utilisé, particulièrement dans les régions où la pénurie de personnel est sévère. Cependant, pour ce qui est du recours au personnel d'agences, les réalités sont beaucoup plus variées. L'utilisation de personnel d'agences est, pour l'instant, une réalité plutôt montréalaise. Des régions comme l'Outaouais, la Montérégie et Laval-Laurentides-Lanaudière ont aussi recours au personnel d'agences; les employeurs des autres régions y ont parfois recours, mais de façon peu significative.

#### LES PROFESSIONNELLES EN SOINS ET LA LOI 90

Par la suite, l'implantation et l'application concrète de la Loi 90 dans les établissements ont été évaluées. Ainsi, les aspects abordés ont été : la formation offerte par les employeurs, jusqu'ici, concernant la Loi 90 et le PTI, la possibilité qu'ont les professionnelles en soins de poser les actes réservés par la législation, selon leur champ d'exercice respectif et, finalement, l'organisation du travail.

##### • Formation sur la Loi 90

Cinq ans après l'entrée en vigueur de la Loi 90, la formation offerte dans la presque totalité des établissements du réseau n'a pas dépassé le stade embryonnaire. La majorité des professionnelles en soins n'ont reçu que peu ou pas de formation sur les modifications apportées à leur champ d'exercice et sur les activités leur étant désormais réservées qui sont inscrites dans la loi. Bien sûr, certains établissements sont plus avancés dans ce domaine, par exemple l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), mais les informations recueillies démontrent que l'information et la formation sur la Loi 90 débutent à peine ou se sont limitées à quelques activités seulement. Jusqu'à maintenant, les activités de formation dispensées ont été davantage déployées auprès des infirmières auxiliaires, ce qui leur a permis, plus rapidement que dans le cas des autres professionnelles en

soins, d'exercer les nouvelles activités leur ayant été réservées.

##### • Formation sur le PTI

En ce qui concerne le PTI, la situation n'est guère plus reluisante. L'information et la formation débutent à peine dans la majorité des établissements. Par contre, quelques centres ont instauré des projets pilotes comme par exemple à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, au CHUM ou au CHUQ pour ne nommer que ceux-là. Le manque d'information et de formation sur le PTI génère des perceptions plutôt négatives à l'égard de cette norme documentaire qui deviendra obligatoire en avril 2009. Parmi les impacts négatifs appréhendés, il y a une augmentation de la charge de travail, l'ajout de « paperasse », le manque de soutien pour intégrer cette nouvelle responsabilité et le risque de voir des employeurs réserver le PTI aux seules infirmières cliniciennes ou aux infirmières pivots.

Cependant, il est intéressant de noter que les informations recueillies sur des établissements ayant implanté le PTI de façon plus élargie, sous forme de projet pilote, sont de nature plus positive. De l'avis des représentantes provenant du CSSS de Lanaudière-Nord et de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, le PTI clarifie les rôles, tâches, fonctions et responsabilités des professionnelles en soins, favorise la collaboration infirmière/infirmière auxiliaire, promeut l'expertise infirmière dans l'équipe multidisciplinaire, permet de faire ressortir les spécificités du champ d'exercice de l'infirmière et diminue les dédoublements. Il faut cependant s'assurer que l'organisation du travail soit revue afin de mettre en place des conditions favorables à l'implantation du PTI telles que la stabilité des équipes de base et une formation adéquate.

##### • Activités réservées

La Loi 90 a reconnu des pratiques déjà en cours dans les milieux de soins et enrichi certains champs d'exercice. Elle réserve certaines activités à des professions spécifiques en raison des risques de préjudice pour le-la patient-e. Toutefois, certaines de ces activités réservées peuvent être partagées par plusieurs professions. Lors des discussions avec les présidentes et les responsables locales, les échanges ont porté, plus particulièrement, sur les activités réservées. Le but était de savoir à quel point les professionnelles en soins sont en mesure d'exercer les activités permises par la législation.





Pour les infirmières, les problèmes tournent autour du manque généralisé d'ordonnances collectives qui pourraient faciliter une pratique plus élargie des activités réservées. Pour les inhalothérapeutes, les problèmes concernent particulièrement les gaz artériels qui font l'objet d'une résistance de la part des médecins. Il subsiste encore quelques conflits de rôles, dans certains centres d'activités, avec les infirmières, mais cette situation semble de plus en plus marginale. En ce qui a trait à l'application des activités réservées pour les infirmières auxiliaires, le bilan est plutôt positif. Dans une très large majorité des établissements, les infirmières auxiliaires exercent leurs nouvelles activités réservées. Dans certains CSSS, les infirmières auxiliaires n'exercent pas leurs nouvelles activités réservées à cause du manque de volume d'activités, du manque de leadership de la direction des soins infirmiers et du manque d'uniformisation des pratiques entre les sites.



#### • L'organisation du travail

Lors des rencontres avec les présidentes et responsables locales, l'organisation des soins a fait l'objet de discussions en petits groupes. Le but était de connaître les grandes orientations des réorganisations des deux dernières années et de celles en cours ou annoncées. Différents angles ont été explorés :

- modes de distribution des soins;
- modes de gestion des soins;
- reconstitution des équipes de travail et du partage des tâches;
- développement de nouveaux rôles, tâches, fonctions et responsabilités;
- migration ou plus grande concentration de certains titres d'emplois dans des centres d'activités spécifiques;
- utilisation optimale du plein potentiel des professionnelles en soins en application de la Loi 90.

En ce qui a trait au mode de distribution de soins, le retour au fonctionnement en équipe apparaît comme une tendance lourde, et ce, dans toutes les régions et tous les types d'établissements. De nouvelles et nombreuses appellations sont apparues mais, en général, l'organisation des soins ne semble pas très différente du modèle de soins d'équipe largement appliqué dans les années 70. Dans les faits, les nouveaux vocables (modèle de leader clinique, organisation en cellule, dyade, triade, soins globalisés, soins modulaires et autres) recouvrent des réalités similaires. Pour ce qui touche

les modes de gestion de soins, le suivi systématique et le fonctionnement en équipe multidisciplinaire et interdisciplinaire sont déjà bien implantés dans les CHU, CHA et instituts. Dans les autres établissements, l'implantation d'une approche interdisciplinaire suit le rythme d'implantation des réseaux intégrés de soins, des CSSS, des projets cliniques et des programmes-clientèles.

Ensuite, pour ce qui est de la reconstitution des équipes de soins, le retour au système d'équipe se traduit par l'accroissement du nombre d'infirmières cliniciennes et d'infirmières auxiliaires. Par ailleurs, il est observé que les employeurs n'utilisent pas le terme « équipe de travail » afin d'éviter la reconnaissance du titre d'emploi de chef d'équipe pour les infirmières et les infirmières auxiliaires. Dans l'ensemble, la situation des inhalothérapeutes demeure stable. À quelques endroits, de nouveaux rôles sont développés, surtout en CLSC. Les infirmières connaissent, pour leur part, une stabilité relative. Elles expriment un sentiment de perte lié à une perception de substitution de main-d'œuvre. Dans le cas du développement de nouveaux rôles, tâches, fonctions et responsabilités, les réponses obtenues font clairement ressortir que les infirmières auxiliaires sont les professionnelles en soins ayant le plus rapidement et largement connu des développements au plan de leur exercice professionnel. D'ailleurs, ce développement aura, selon plusieurs présidentes et responsables locales, un impact certain sur le nouveau partage de tâches. Ainsi, nombreuses sont les participantes aux rencontres qui ont fait allusion au partage de tâches à venir en insistant sur le sentiment de perte quant au rôle de l'infirmière.

Généralement, les infirmières cliniciennes sont de plus en plus présentes dans les unités spécialisées et les infirmières auxiliaires y sont réintégrées. Aussi, de plus en plus d'employeurs établissent des objectifs (quotas) d'effectifs infirmière clinicienne et infirmière auxiliaire par centres d'activités. Par exemple, les établissements universitaires de la région de Québec prévoient, dans leur plan d'effectifs, une augmentation des infirmières cliniciennes et des infirmières auxiliaires dans des unités spécialisées, mais les présidentes et responsables locales soulignent la difficulté des employeurs à concentrer ou à diriger cette main-d'œuvre là où ils désirent l'utiliser. En effet, pour diverses bonnes raisons, les infirmières cliniciennes choisissent de

travailler dans des centres d'activités correspondant au type d'exercice qui leur convient; certaines préfèrent la gériatrie, d'autres les soins mère-enfant et d'autres encore les soins critiques, peu importe les objectifs ou les quotas d'effectifs établis par l'employeur.

Finalement, les informations recueillies permettent de constater que les employeurs utilisent de plus en plus largement le potentiel des infirmières auxiliaires. Par ailleurs, les infirmières de formation collégiale semblent connaître une certaine stagnation, voire dans certains cas un recul, depuis l'entrée en vigueur de la Loi 90. Quant aux inhalothérapeutes, elles semblent pouvoir bien occuper leur champ professionnel. Sauf exception, il n'existe pas de difficulté majeure à l'utilisation de leur plein potentiel.

#### OBSTACLES À L'IMPLANTATION DE LA LOI 90

Les obstacles identifiés lors des rencontres avec les présidentes et les responsables locales sont nombreux. Les difficultés relèvent à la fois d'éléments appartenant à l'environnement interne des établissements eux-mêmes, d'éléments liés au contexte et du contenu du travail des professionnelles en soins. Par exemple, les difficultés budgétaires et la pénurie de main-d'œuvre sont des freins importants à l'application de la Loi 90. Les employeurs du réseau semblent avoir réorganisé ou vouloir réorganiser le travail non pas dans le but de mettre en œuvre la Loi 90, mais bien dans le but d'éviter ou de réduire leur déficit budgétaire et de faire face à la pénurie de personnel en soins. La culture, les valeurs et la philosophie de gestion constituent d'autres obstacles puisque, dans l'ensemble des établissements, des résistances professionnelles (direction des soins infirmiers - DSI, conseil des médecins, dentistes et pharmaciens - CMDP), personnelles (les professionnelles en soins elles-mêmes ne souhaitent pas toujours l'élargissement et l'enrichissement de leur pratique) ou organisationnelles, font en sorte de retarder l'application de la Loi 90.

Parmi les autres obstacles, il y a le manque de formation, les CSSS pas totalement intégrés, le taux de roulement des cadres très élevé, le faible développement des ordonnances collectives, le sentiment de perte d'identité, la démoralisation des infirmières, les conditions de travail et, finalement, la surcharge de travail.

### COMMISSIONS INFIRMIÈRE, INFIRMIÈRE AUXILIAIRE ET INHALOTHÉRAPEUTE

Les trois commissions se sont tenues le 19 mars 2008, lors du conseil fédéral. L'objectif était de permettre, grâce au portrait des rôles, tâches, fonctions et responsabilités des professionnelles en soins de la FIQ tracé précédemment, de dégager une position syndicale sur la pratique des professionnelles en soins et, ultérieurement, d'élaborer un plan d'action.

À la suite de ces commissions, il est permis d'affirmer que le portrait reflète bien la réalité vécue par les membres de la Fédération. L'exercice a aussi favorisé un réel échange entre les militantes sur leur situation respective, ce qui faisait partie des objectifs de ces commissions. Toutefois, l'objectif principal était d'amorcer une réflexion sur les pistes de solutions envisageables en réponse aux obstacles à l'implantation de la Loi 90 identifiés dans le portrait. Chaque commission s'est donc penchée sur l'identification de certaines pistes de solutions à élaborer pour en arriver à un plan d'action.

Pour la commission infirmière, à laquelle participaient 291 militantes, le plan d'action devrait encourager une plus grande occupation du champ de l'organisation du travail par les comités de soins, par exemple. Il faudrait travailler à mieux clarifier les rôles, tâches, fonctions et responsabilités des professionnelles en soins et à planifier la main-d'œuvre. Dans le même ordre d'idées, la mise en place de réelles mesures d'attraction et de rétention et une amélioration du financement devraient être favorisées. Aussi, l'une des solutions les plus souvent retenues était de mettre fin au recours au personnel d'agences.

Selon la commission infirmière auxiliaire, regroupant 96 militantes, le plan d'action devrait valoriser la collaboration entre les professionnelles en soins et les ordres professionnels. Il devrait aussi être axé sur l'accès à une information et à une formation plus adéquates et sur une valorisation des professionnelles en soins. Finalement, l'importance d'une uniformisation dans les possibilités, pour elles, d'effectuer les activités réservées prévues par le législateur est aussi ressortie.

Pour ce qui est de la commission inhalothérapeute, où 33 membres étaient réunies, elle croit que la FIQ devrait jouer un rôle de leader dans l'implantation de la Loi 90. Cette commission confie donc à la Fédération un rôle important dans l'atténuation des conflits interprofessionnels, car elle juge qu'elle est à même de participer à la clarification des rôles, au ralliement et à l'information. L'utilisation du conseil multidisciplinaire, des réunions d'équipe, de la formation continue, du plan de développement des ressources humaines (PDRH), du comité de soins, le rôle du CMDP quant à l'information et à la formation des médecins et, enfin, l'implication dans les réorganisations apparaissent comme des pistes de solutions pour lever les obstacles à l'implantation de la Loi 90.

### DES DÉFIS À RELEVER

Il devient plus que nécessaire d'accélérer la mise en place de conditions permettant à l'ensemble des professionnelles en soins d'exercer pleinement leur pratique professionnelle et de s'épanouir au travail. La motivation, la satisfaction au travail, de même que la capacité des établissements d'attirer et, surtout, de retenir les professionnelles en soins à leur emploi dépendent

largement de l'organisation du travail, incluant les conditions de travail. La pénurie persiste, mais cette situation ne doit pas devenir un prétexte justifiant des changements unilatéraux de la part des employeurs, ni l'occasion de substituer des ressources en réponse aux difficultés budgétaires.

En adoptant la Loi 90, le législateur a voulu assouplir les barrières professionnelles. Cette loi a reconnu des pratiques déjà développées dans les milieux et a enrichi le champ d'exercice des professionnelles en soins. Exiger des milieux de travail la mise en place et le respect de conditions d'exercice et une organisation du travail permettant aux professionnelles en soins d'occuper pleinement leur champ de pratique est tout à fait légitime.

Le portrait et les résultats des échanges en commissions permettront à la FIQ de pousser encore plus loin la réflexion afin d'élaborer un plan d'action qui sera proposé à la délégation lors d'un prochain conseil fédéral. Ainsi, collectivement, il sera non seulement possible de relever les défis posés par les difficultés liées à l'implantation de la Loi 90, mais aussi de profiter des opportunités professionnelles de cette loi pour remodeler l'organisation du travail selon des valeurs et des principes qui rejoignent la FIQ, qui lui ressemblent et qui rassemblent ses membres. ■





# POUR UNE PRATIQUE UNIFIÉE



Sylvie Savard, responsable politique du secteur  
Tâche et Organisation du travail

Sylvie Savard, responsable politique du secteur Tâche et Organisation du travail, Daniel Gilbert, responsable politique du secteur Relations de travail, Annie Rousseau et Jean-Richard Villeneuve, conseillères à ce dernier secteur, ainsi que Francine Roberge, conseillère au secteur Négociation, sont venues présenter le document *Pour une pratique infirmière unifiée* à la délégation. Originant des mandats des conseils fédéraux de novembre et décembre 2007, il est le résultat d'une analyse et de discussions avec les conseillères syndicales de la FIQ, l'OIIQ et les différentes associations concernées par les propositions de l'Ordre.

Lors de la rédaction de ce document, les objectifs de la FIQ étaient de :

- questionner, s'il y a lieu, les prémisses sur lesquelles l'OIIQ base ses propositions;
- produire une analyse des impacts du mémoire de l'OIIQ sous trois angles :
  - l'organisation du travail,
  - les relations de travail,
  - l'impact politique pour la FIQ;
- proposer des pistes de solutions en réponse aux propositions de l'OIIQ lorsque nécessaire.

## ABOUTISSEMENT DE LA LOI 90

### MISE EN CONTEXTE

En juin 2002, l'Assemblée nationale du Québec adoptait le projet de loi 90 : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (communément appelée

Loi 90). Cette loi prévoit un nouveau partage des champs d'exercice des professionnel-le-s du domaine de la santé et des activités qui leur sont désormais réservées. La Loi 90 prévoit également un cadre autorisant des professionnel-le-s autres que des médecins (infirmières, inhalothérapeutes, etc.) à exercer des activités médicales et offre aussi des outils concrets afin de mieux utiliser les compétences de toutes les professionnelles en soins.

Cependant, la Loi 90 prévoit une distinction très nette entre les règles du système professionnel et la prérogative des établissements en matière d'organisation du travail. Par ailleurs, la Loi sur les services de santé et les services sociaux confie aux établissements la responsabilité de baliser la pratique professionnelle (articles 190 et 207). Il relève donc du niveau local et de la volonté des établissements de santé d'utiliser judicieusement les compétences des professionnelles en soins.

**Pour les infirmières**, la Loi 90 a permis une avancée majeure en permettant la création de la catégorie d'emploi d'infirmière praticienne spécialisée (IPS). Actuellement, il y a très peu d'IPS pratiquant dans le réseau de santé du Québec; l'ambiguïté de son rôle et la dualité entre l'approche infirmière et l'approche médicale ne sont sûrement pas étrangères à cette situation.

De façon générale, la Loi 90 a fait en sorte que soit reconnue la valeur du jugement clinique des infirmières. Ainsi, la loi accorde aux infirmières le rôle majeur d'évaluation, de surveillance clinique et du suivi infirmier des clientèles. En outre, la Loi 90, sur la base d'une ordonnance collective, permet à une infirmière de procéder aux tests diagnostiques, d'administrer et d'ajuster des médicaments, d'effectuer des traitements médicaux à des groupes particuliers et d'initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques sans attendre une ordonnance individuelle.

Cet élargissement du champ d'exercice infirmier a permis d'ajouter une nouvelle activité centrale à la liste des activités réservées à l'infirmière : déterminer et ajuster le plan thérapeutique infirmier (PTI) en lien avec son rôle d'évaluation, de surveillance et de suivi infirmier. Actuellement, peu d'établissements ont procédé à l'implantation du PTI, un outil pour consigner les décisions cliniques de l'infirmière, et ce, malgré le fait qu'il deviendra obligatoire à partir d'avril 2009. Cet outil clinique légal concrétise l'importance de la collaboration interprofessionnelle entre l'infirmière et l'infirmière auxiliaire.

**Pour les infirmières auxiliaires**, la Loi 90 a reconnu un nouveau champ d'exercice : contribuer à l'évaluation de l'état de santé de la personne et à la réalisation du plan de soins. Concrètement, l'infirmière auxiliaire peut « procéder à la cueillette d'informations, communiquer ses observations verbalement et/ou par écrit, participer aux réunions de l'équipe multidisciplinaire et/ou interdisciplinaire et remplir toutes les autres fonctions que lui confie l'infirmière<sup>1</sup> ».

**Pour les inhalothérapeutes**, la Loi 90 est venue confirmer le champ d'exercice consistant à contribuer à l'évaluation de la fonction cardiorespiratoire à des fins diagnostiques ou de suivi thérapeutique, à contribuer à l'anesthésie et à traiter des problèmes qui affectent le système cardiorespiratoire. De plus, l'inhalothérapeute peut, depuis l'adoption de la loi, effectuer la ponction artérielle radiale suivant une ordonnance individuelle, à la condition d'être titulaire d'une attestation délivrée par l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ). Avant la Loi 90, la ponction artérielle radiale était une activité professionnelle réservée aux médecins.

## POSITION DE LA FIQ ET SOLUTIONS QU'ELLE PROPOSE

La FIQ doit être vigilante face aux risques de coupures et de transformation de postes des professionnelles en soins. Pour diminuer ses coûts, l'employeur peut modifier, sans autre justification, la composition des équipes de soins par l'introduction de non professionnelles pour dispenser des soins. Par exemple, il peut remplacer des postes d'infirmières et d'infirmières auxiliaires par des postes de préposées aux bénéficiaires ou d'auxiliaires familiales. Toutefois, ses décisions ne doivent pas uniquement tenir compte des impératifs financiers, mais également de la sécurité et de la qualité des soins dispensés.

Par ailleurs, la FIQ a déjà dénoncé la mauvaise utilisation des compétences et du potentiel des infirmières. En contexte de pénurie, le réseau de la santé ne peut se permettre une organisation des soins et du travail qui déqualifie et qui utilise de manière inadéquate leurs compétences. La Loi 90 prévoit des solutions pour permettre aux professionnelles en soins de mieux soigner : la révision des champs d'exercice, l'augmentation de la réserve des activités, la création de la pratique avancée pour les infirmières, l'ordonnance collective et le plan thérapeutique infirmier. En conséquence, la Fédération est en accord avec les propositions de l'OIIQ concernant l'aboutissement de la Loi 90.

1. Réaffirmer toute l'importance d'un vrai plan de développement des ressources humaines et des budgets nécessaires à son bon fonctionnement.
2. Faire pression sur les employeurs pour que les infirmières reçoivent une formation sur le PTI le plus rapidement possible et dans des conditions favorables.
3. Traiter, en comité de soins, des questions d'organisation des soins et du travail soulevées par l'application de la Loi 90.
4. Inciter l'implication des membres de la FIQ aux conseils des infirmières et infirmiers (CII), aux comités des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) et aux conseils multidisciplinaires (CM) afin d'influencer les décisions prises concernant l'implantation de la Loi 90.



Jean-Richard Villeneuve, conseiller syndical au secteur Relations de travail



Annie Rousseau, conseillère syndicale au secteur Relations de travail

<sup>1</sup> ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES DU QUÉBEC (OIIAQ), (mai 2004), La capacité légale de l'infirmière auxiliaire : champ de pratique et activités réservées en vertu de la Loi 90, p. 8.



Daniel Gilbert, responsable politique du secteur Relations de travail



Francine Roberge, conseillère au secteur Négociation

## ABOUTISSEMENT DEC-BAC

### MISE EN CONTEXTE

L'OIIQ souhaite que la structure d'emploi soit construite de manière à ce qu'il y ait une distinction claire entre les tâches et les fonctions des infirmières cliniciennes et celles des infirmières, en regard de leur niveau d'études. L'argument principal sur lequel l'OIIQ se base pour créer le permis d'infirmière clinicienne est qu'il faut respecter le partage des compétences entre les deux niveaux d'enseignement, tel que convenu lors de la réforme de la formation d'infirmière, afin d'assurer la sécurité des soins. Cet argument de l'OIIQ mérite toutefois d'être nuancé. L'acquisition des compétences ne se fait pas uniquement dans le cadre d'un baccalauréat en soins infirmiers; elles peuvent aussi s'acquérir par l'obtention d'un certificat universitaire, par exemple en santé communautaire. De plus, l'infirmière peut acquérir et développer ses compétences par un programme de mentorat ou par d'autres programmes de développement offerts en milieu de travail.

La Loi 90 a pour objet le décloisonnement professionnel afin d'améliorer la qualité des services. Paradoxalement, la pratique différenciée, telle que proposée par l'OIIQ, amène des divisions au sein de la profession d'infirmière. La FIQ se questionne donc sur l'impact qu'aura l'introduction du permis d'infirmière clinicienne sur les champs de pratique. Aura-t-elle pour effet de diminuer le champ de pratique et les activités réservées aux infirmières ou d'augmenter le champ de pratique des infirmières cliniciennes? Dans le futur, avec deux permis distincts, il sera possible que de nouvelles activités soient ajoutées uniquement aux infirmières détentrices d'un permis d'infirmière clinicienne ou qu'à l'inverse, bien que moins probable, des activités soient retirées aux infirmières de formation collégiale.

En outre, par l'introduction du permis d'infirmière clinicienne, l'OIIQ souhaite obliger les employeurs à reconnaître les infirmières de formation universitaire comme des infirmières cliniciennes. Sur ce dernier point, la FIQ prône depuis des années la reconnaissance de toutes les formations additionnelles au DEC, et ce, pour toutes les professionnelles en soins.

Ainsi, l'exigence du permis d'infirmière clinicienne et le respect de la structure d'emploi en fonction des niveaux d'enseignement amèneront les employeurs à reconsidérer la composition des équipes de soins. Il est difficile de prédire avec certitude comment seront composées les équipes de soins; par contre, il est évident que la place de l'infirmière de formation collégiale sera plus limitée.

Depuis que l'OIIQ a exposé publiquement les propositions contenues dans son mémoire, certains

effets négatifs sont perçus au sein de la profession infirmière. Par exemple, plusieurs infirmières de formation collégiale ont exprimé un sentiment de déqualification alors qu'elles ont toujours donné des soins de qualité aux patient-e-s. Par la création du permis d'infirmière clinicienne et l'adoption de la structure d'emploi, l'OIIQ s'ingère dans les affaires syndicales, notamment dans l'organisation du travail, dans les règles entourant les mutations volontaires et dans la reconnaissance salariale des infirmières cliniciennes.

Selon les collègues d'enseignement général et professionnel, la formation de base de niveaux collégial et universitaire répond aux exigences du marché, opinion que partage la FIQ. Les employeurs doivent, quant à eux, privilégier les programmes d'accueil pour les nouvelles salariées et la formation continue en cours d'emploi. Les milieux de travail devraient être un lieu d'apprentissage où est offerte la formation continue, où est facilitée la participation aux activités de formation et où sont créées des opportunités de développer des savoirs théoriques et pratiques. Cette acquisition de connaissances doit se faire dans le but de favoriser une plus grande accessibilité aux postes.

### POSITION DE LA FIQ ET SOLUTIONS QU'ELLE PROPOSE

La FIQ considère qu'il ne doit demeurer qu'un seul permis d'infirmière puisqu'il n'y a qu'un seul examen donnant accès à la profession et que les portions universitaire et collégiale du DEC-BAC sont des formations générales de base. La FIQ est en désaccord avec la division de la pratique infirmière en fonction des niveaux d'enseignement et croit qu'il faut maintenir telles quelles les voies d'accès à la profession d'infirmière.

#### 1. Afin d'améliorer l'accessibilité à la formation universitaire, la FIQ propose de :

- maintenir les programmes de certificats universitaires en soins infirmiers;
- maintenir la reconnaissance du baccalauréat en sciences infirmières par cumul de certificats;
- suggérer aux autorités concernées que la portion universitaire du DEC-BAC puisse se suivre à temps partiel;
- maximiser l'utilisation de différents congés et l'aménagement d'horaire pour encourager les infirmières à poursuivre des études et à enseigner.

#### 2. Maintenir la demande historique de reconnaissance, aux fins de rémunération, de toute formation additionnelle au DEC.

## DES CIBLES DE PLANIFICATION À PRIORISER

### MISE EN CONTEXTE

Actuellement, il existe un seul champ d'exercice, un seul permis et un seul examen pour exercer la profession d'infirmière. Une candidate peut être admise à l'examen en ayant complété avec succès un DEC en soins infirmiers ou un baccalauréat en sciences infirmières. Une fois admise dans la profession, une infirmière peut exercer les 14 activités réservées en vertu de l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers du Québec, et ce, peu importe le domaine de soins, dans la limite de ses compétences.

Avec ses nouvelles propositions, l'OIIQ veut exiger un permis d'infirmière clinicienne pour exercer la profession d'infirmière en soins critiques, en soins de première ligne dans la communauté et en santé mentale.

La FIQ questionne l'à-propos d'ajouter un tel permis; l'OIIQ ne précisant pas quelles activités additionnelles l'infirmière clinicienne serait appelée à faire, dans l'avenir, pour justifier ce nouveau permis. La FIQ ne sait pas non plus si l'OIIQ entend élaborer et exiger la passation d'un examen d'admission différent pour justifier le permis d'infirmière clinicienne. La seule indication qu'a la Fédération quant à cette proposition est que le permis d'infirmière clinicienne sera obligatoire pour exercer dans les trois domaines de soins exclusifs.

Si les propositions de l'OIIQ sont adoptées par règlement, les aspirantes infirmières devront nécessairement considérer un profil DEC-BAC ou BAC pour favoriser leur cheminement professionnel, puisque le permis d'infirmière clinicienne deviendra nécessaire pour travailler dans trois domaines de soins importants. Les portes se fermeront devant les infirmières titulaires d'un DEC, car elles auront uniquement accès au titre d'emploi d'infirmière chef d'équipe. Quant à l'accès au titre d'emploi d'assistante-infirmière-chef ou d'assistante du supérieur immédiat, les possibilités seront également limitées en fonction du domaine exclusif de soins des infirmières cliniciennes.

En ce sens, il faut faire preuve de vigilance face aux propositions de l'OIIQ qui pourrait, par des règlements à venir, déqualifier l'infirmière de formation collégiale en limitant ses possibilités d'exercer dans différents centres d'activités. La double segmentation de la pratique infirmière fait en sorte que, pour les étudiantes envisageant une carrière en soins, la formation d'infirmière auxiliaire sera plus intéressante, car non segmentée par son ordre professionnel quant aux domaines de pratique. Contrairement à l'infirmière, l'infirmière auxiliaire pourra continuer d'exercer en CLSC, en santé mentale, au bloc opératoire, etc. Dans

un avenir proche, si plusieurs font ce choix, il pourrait y avoir moins, voire plus du tout, d'infirmières titulaires d'un DEC.

De plus, la double segmentation de la pratique infirmière en fonction de la formation académique et du domaine exclusif de soins limite de façon majeure la mobilité de la main-d'œuvre et sa polyvalence. En effet, le bassin d'infirmières habilitées à effectuer des remplacements pour les différents motifs d'absence sera plus limité.

Par ailleurs, l'exigence du permis d'infirmière clinicienne pour pratiquer dans certains secteurs implique nécessairement une augmentation du nombre d'années nécessaires pour la formation de la relève. Ainsi, tant que l'infirmière n'a pas complété son baccalauréat, elle ne peut légalement travailler dans les trois domaines de soins exclusifs et faire partie de l'équipe de base.

Par le fait même, cette double segmentation consacrée par un permis distinct de pratique peut avoir pour effet de diviser le groupe des infirmières que la FIQ représente. Si elles étaient mises de l'avant, les propositions de l'OIIQ constitueraient pour la Fédération un défi supplémentaire dans la négociation des conditions de travail des infirmières. Il faut donc avoir une perspective plus large des questions que soulève l'OIIQ, peu importe la position retenue par la FIQ. Elle aura nécessairement un impact dans les dossiers des inhalothérapeutes et de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec sur leurs projets de révision de la formation initiale du DEC ainsi que de la création du BAC et des classes de permis.

### POSITION DE LA FIQ ET SOLUTIONS QU'ELLE PROPOSE

**À l'heure actuelle, la FIQ ne voit pas de raisons justifiant la création d'un permis d'infirmière clinicienne. La Fédération rejette donc la proposition de l'OIIQ de créer et d'exiger un permis pour exercer dans les trois domaines exclusifs de pratique : soins communautaires, santé mentale et soins critiques.**

**La FIQ maintient l'importance de l'expertise et de l'expérience acquises au fil des ans par les infirmières. Selon la Fédération, la compétence des infirmières repose sur l'acquisition de savoirs académiques appropriés, de savoir-faire et de savoir-être acquis par l'expérience accumulée et l'expertise développée dans certains domaines de soins.**

1. Réaffirmer toute l'importance d'un vrai plan de développement des ressources humaines et des budgets nécessaires à son bon fonctionnement.





## 2. Améliorer les programmes d'accueil, d'orientation et de mentorat pour les infirmières dans les établissements du réseau de la santé.

### LA PRATIQUE INFIRMIÈRE EN SALLE D'OPÉRATION

#### MISE EN CONTEXTE

Actuellement, la plupart des infirmières travaillant en salle d'opération sont des infirmières de formation collégiale ou des infirmières cliniciennes. Selon les informations fournies par l'OIIQ, 2 520 infirmières pratiquent dans les blocs opératoires au Québec. De ce nombre, 1 042 infirmières sont âgées de 50 ans et plus<sup>2</sup>.



Malgré l'introduction du titre d'emploi d'infirmière première assistante en chirurgie dans le décret tenant lieu de convention collective 2006-2010, la FIQ constate que ce titre d'emploi a été peu utilisé dans les salles d'opération du Québec. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce constat. Premièrement, les conditions d'accès au titre d'emploi sont très élevées puisque l'infirmière doit détenir un certificat en soins infirmiers périopératoires en plus d'un baccalauréat en sciences infirmières ou avoir complété au moins 60 crédits en sciences infirmières dans un autre programme d'études universitaires. De plus, la formation spécifique requise pour exercer est dispensée uniquement à l'Université du Québec à Trois-Rivières, dans le cadre du certificat en soins infirmiers périopératoires. Dans certains milieux, les tâches de première assistante en chirurgie sont faites par d'autres professionnel-le-s (internes et externes en médecine et médecins omnipraticiens). En effet, les employeurs utilisent les médecins pour faire ces tâches, car ils sont rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec, alors que le salaire des infirmières premières assistantes en chirurgie doit être assumé à même le budget de l'établissement. Ces facteurs expliquent donc en partie pourquoi peu d'infirmières premières assistantes en chirurgie sont embauchées.

Selon l'interprétation de la FIQ, la proposition de l'OIIQ vise à rendre obligatoire la formation pour les infirmières en salle d'opération afin qu'elles deviennent des « infirmières en soins périopératoires et premières assistantes (ISPPA) » (nouveau titre d'emploi) tout en exigeant un permis pour les infirmières dans ce champ d'exercice. Elle a également pour objectif de diminuer le délai de formation pour acquérir les connaissances et pouvoir pratiquer comme première assistante en chirurgie. Étant donné la moyenne d'âge élevée des infirmières en salle d'opération, la FIQ croit, tout comme l'OIIQ, qu'il faudra attirer et retenir davantage la relève infirmière en salle d'opération.

Par l'exigence du permis, l'OIIQ fait en sorte que seules les infirmières titulaires d'un permis ISPPA et les infirmières auxiliaires auront leur place en salle d'opération. Les infirmières de formation collégiale ou les infirmières cliniciennes en seront donc exclues. La proposition de l'Ordre vise également à ce que l'ISPPA puisse exercer comme première assistante et travailler en service préopératoire, en service interne, en service externe et à la salle de réveil. Selon la FIQ, dans plusieurs établissements, cette polyvalence semble difficile à réaliser puisque les infirmières y travaillant actuellement n'exercent pas toutes les fonctions. Encore une fois, par l'émission d'un nouveau permis, l'OIIQ segmente la pratique infirmière et freine les infirmières provenant d'un autre milieu de soins qui pourraient avoir accès aux postes du bloc opératoire. Il faut noter qu'il existe déjà un problème de relève sans l'exigence nouvelle d'un permis de l'OIIQ.

#### POSITION DE LA FIQ ET SOLUTIONS QU'ELLE PROPOSE

La FIQ est partiellement en accord avec cette proposition de l'OIIQ. Conséquemment aux positions précédentes, la Fédération désapprouve l'exigence d'un permis spécifique d'infirmière pour exercer en salle d'opération. La Fédération croit plutôt que l'Ordre devrait émettre un certificat de spécialiste. La pratique en salle d'opération ne serait donc pas exclusive aux titulaires d'un permis spécifique et les employeurs auraient encore le choix entre ces infirmières spécialistes et les infirmières et infirmières cliniciennes.

1. Maintenir les titres d'emploi d'infirmière, d'infirmière clinicienne et d'infirmière première assistante en chirurgie dans le secteur des soins périopératoires.
2. Reconnaître une équivalence d'expérience aux infirmières et aux infirmières cliniciennes souhaitant acquérir la formation nécessaire à l'obtention du titre d'emploi d'ISPPA ou d'infirmière première assistante en chirurgie.
3. Créer un nouveau titre d'emploi d'infirmière en soins périopératoires et première assistante.
4. Favoriser l'accessibilité au titre d'emploi d'ISPPA avec un programme d'alternance travail-études dont les coûts seront assumés par les employeurs.
5. Améliorer l'attraction et la rétention des nouvelles infirmières en soins périopératoires par différents moyens, dont un plus long processus d'accueil et d'intégration et par un programme de mentorat.

<sup>2</sup> OIIQ (octobre 2007), Mémoire - Plan de relève et de rétention des infirmières de salle d'opération, p. 6.



## INFIRMIÈRES EN PRÉVENTION ET EN CONTRÔLE DES INFECTIONS

### MISE EN CONTEXTE

L'OIIQ désire créer une spécialité infirmière en prévention et en contrôle des infections (PCI) pour faire suite aux recommandations du Rapport Aucoin (Comité d'examen sur le contrôle et la prévention des infections nosocomiales, 2005). Selon l'Ordre, il faut améliorer le niveau des connaissances en PCI pour confirmer l'autorité de l'infirmière en la matière.



La pratique de l'infirmière en PCI requiert un ensemble de connaissances qui sont actuellement peu ou pas enseignées dans le cadre du baccalauréat en soins infirmiers; certaines d'entre elles sont scientifiques et touchent la microbiologie, l'infectiologie, l'épidémiologie et la statistique. L'OIIQ émet donc une exigence de diplôme de deuxième cycle universitaire, soit le diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) en prévention des infections. Actuellement, toutes les universités du Québec n'offrent pas le DESS en prévention des infections; seules l'Université de Montréal et l'Université de Sherbrooke l'offrent.

### POSITION DE LA FIQ ET SOLUTIONS QU'ELLE PROPOSE

La FIQ est d'accord sur l'enrichissement de la profession d'infirmière en PCI dans la mesure où cette spécialisation est reconnue par le biais d'un certificat de spécialiste et que l'OIIQ précise les responsabilités et les activités réservées ou médicales additionnelles que l'infirmière clinicienne spécialisée en PCI pourra exercer.

Depuis quelques années déjà, les infirmières et les conseillères en soins travaillent en prévention des infections dans les établissements. Selon la FIQ, l'ajout d'une infirmière clinicienne en PCI pourrait soutenir la pratique des infirmières et des conseillères en soins œuvrant dans ce domaine.

1. Favoriser l'accès à la formation de deuxième cycle universitaire DESS en prévention et en contrôle des infections grâce à un programme d'alternance études-travail dont les coûts seront payés par les employeurs.
2. Fournir une formation en cours d'emploi adaptée aux besoins des infirmières et conseillères en soins en PCI.
3. Créer un nouveau titre d'emploi d'infirmière clinicienne spécialisée en prévention et en contrôle des infections.

## INFIRMIÈRE CLINICIENNE SPÉCIALISÉE EN SANTÉ MENTALE

### MISE EN CONTEXTE

Pour occuper le rôle d'infirmière clinicienne spécialisée en santé mentale, l'OIIQ exige un diplôme de deuxième cycle universitaire et la réussite d'un examen à la suite duquel il délivre un certificat de spécialiste donnant lieu à l'ajout d'une activité réservée d'évaluation des troubles mentaux. Cette activité se distingue de celle déjà réservée aux infirmières d'évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique. Il est important de préciser que l'évaluation des troubles mentaux est une activité à caractère diagnostique.

### POSITION DE LA FIQ

L'arrivée de l'infirmière clinicienne spécialisée en santé mentale constitue un enrichissement pour la profession d'infirmière dans le domaine de la santé mentale. Elle permettra une plus grande accessibilité aux soins pour les personnes particulièrement vulnérables souffrant d'un problème de santé mentale et d'améliorer les services en santé mentale offerts à la population du Québec. La FIQ est donc d'accord avec la spécialisation en santé mentale par le biais du certificat de spécialiste.



## CONCLUSION

L'OIIQ, dans son mémoire, propose des solutions qui, selon lui, vont améliorer les conditions de travail et l'utilisation des infirmières dans un contexte de pénurie perpétuelle. À partir de l'analyse qu'a fait la FIQ, il est difficile d'en arriver aux mêmes conclusions que l'Ordre, et ce, pour plusieurs de ses propositions. Plus qu'une nouvelle approche en planification de la main-d'œuvre, ce mémoire propose une révision en profondeur de la réglementation de la pratique infirmière qui aurait dû faire l'objet d'un débat élargi.

Pour ce qui est des propositions garantissant un environnement de travail compétitif qui attire et qui retient les infirmières dans le réseau public, la Fédération a pour mandat d'étudier, de sauvegarder, de défendre et de développer les intérêts économiques, professionnels et sociaux des professionnelles en soins dans le cadre de son processus démocratique. Bien qu'un appui des ordres professionnels sur les revendications syndicales soit parfois souhaitable, la Fédération est la seule représentante ayant le mandat de négocier les conditions de travail des professionnelles en soins. ■

## RÉFLEXION SUR LA CONDITION DE LA FEMME

Du 25 février au 7 mars 2008 avait lieu, à New York, la 52<sup>e</sup> session de la Commission sur la condition de la femme de l'ONU. Lina Bonamie, en tant que représentante nord-américaine de l'Internationale des Services Publics et Michèle Boisclair, responsable politique du secteur Condition féminine, étaient sur place pendant la première semaine de l'évènement.

Le thème retenu cette année, « Le financement de la promotion de l'égalité des genres et de l'autonomisation des femmes », se rapprochait beaucoup de celui arrêté par le Collectif 8 mars, dont la FIQ fait partie, pour souligner la Journée internationale de la femme au Québec : l'autonomie économique des femmes.

Plus de 4 000 personnes provenant d'organisations syndicales, d'organismes non gouvernementaux et de groupes de femmes ont pris part à cette 52<sup>e</sup> session. L'objectif poursuivi par les participant-e-s est d'exercer une pression morale sur chacun des états membres de l'ONU, sur leurs décideurs, afin de faire avancer la cause des femmes. Plus de 600 ateliers sur des thèmes variés ont aussi été tenus. Ainsi, 27 recommandations ont été conjointement présentées, dont trois sont directement liées aux conditions de travail requises pour les femmes.

Le travail est loin d'être terminé. À titre indicatif, à l'ONU, seulement 18 des 193 représentant-e-s sont des femmes. Il est impératif de suivre de près ce qui résultera de cette 52<sup>e</sup> session.



## BONNE ET HEUREUSE RETRAITE!

La Fédération a profité du conseil fédéral pour souligner le départ à la retraite de deux de ses employées. Madeleine Harvey et Richard Laforest, toutes deux conseillères syndicales en relations de travail, quittent la FIQ pour une retraite bien méritée. Les membres du Comité exécutif, les employées de la Fédération et les déléguées saluent leurs réalisations et leur souhaitent une heureuse retraite en santé.



Sylvie Savard, responsable politique du secteur Négociation

# LA NÉGOCIATION : TOUR D'HORIZON

La responsable politique du secteur Négociation, Sylvie Savard, accompagnée de Gino Pouliot et de Francine Roberge, respectivement coordonnateur à la négociation nationale et conseillère syndicale au secteur, a fait un tour d'horizon des divers sujets touchant la négociation : la réforme du régime de négociation, l'exploration de la possibilité d'affronter la prochaine ronde de négociation nationale en partenariat avec le SISF ainsi qu'un suivi des discussions avec le CPNSSS et du dossier de l'équité salariale.



Gino Pouliot, coordonnateur à la négociation nationale

## RÉFORME DU RÉGIME

Le protocole de fonctionnement du SISF, adopté par les délégués de la Fédération en juin 2007, prévoyait le mandat de revoir le régime de négociation. À la suite d'un bref survol des dernières rondes de négociation nationale de la FIQ, les délégués se sont vu résumer la teneur des discussions au sein du SISF ainsi que celles ayant eu lieu avec les centrales syndicales et les représentants du Conseil du trésor. Les travaux de réforme en sont à leurs premiers balbutiements, mais une chose est certaine, ceux-ci se feront en Intersyndicale. Les organisations membres du SISF ont convenu que la FIQ et la CSQ siègeront au nom du Secrétariat au sein de cette Intersyndicale formée également de représentant-e-s de la CSN et de la FTQ. Pour l'instant, toutes les discussions se font dans le cadre d'une démarche exploratoire et, bien évidemment, les délégués seront partie prenante des décisions au fur et à mesure de l'avancement des travaux. Pour la Fédération, la réforme du régime de négociation est nécessaire afin de pouvoir négocier librement les conditions de travail des professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires.

## SISF - NÉGOCIATION

Chacune des organisations syndicales membres du SISF explore la possibilité de mener la prochaine ronde de négociation nationale via ce regroupement, pour certains sujets. Les discussions et échanges entre les organisations n'en sont qu'à leurs débuts et il en est de même pour la réflexion au sein de la Fédération. À ce jour, les discussions ont porté sur certaines préoccupations des organisations; pour le regroupement de plus de 300 000 employé-e-s des secteurs public et parapublic, les enjeux sont hautement importants et complexes. Une chose est claire, toutes les organisations désirent conserver leur identité et leur liberté d'action, et ce, dans le respect de leur structure.

Comme le décret viendra à échéance en 2010, il est impératif de fixer un échéancier afin d'arrêter une décision au cours des prochains mois. La Fédération poursuivra sa réflexion à l'intérieur de ses propres rangs. Le prochain congrès, des rencontres de syndicats affiliés, un conseil fédéral spécial sur cette question en octobre prochain ainsi que le conseil fédéral de décembre 2008 seront autant d'occasions d'échanger et de connaître l'opinion des membres de la FIQ sur cette possible alliance de négociation. Comment cette alliance pourrait-elle prendre forme, quels seraient les sujets de négociation, de quoi traiterait un éventuel protocole de non maraudage, quel serait le processus décisionnel? Autant de questions qui demeurent sans réponse pour le moment.

## CPNSSS

Lors du dernier conseil fédéral, les délégués ont mandaté le secteur Négociation pour amorcer des discussions avec le Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux (CPNSSS) afin que l'ancienneté soit reconnue uniformément. La Fédération a récemment reçu une réponse positive des représentants du CPNSSS; ainsi, lors de l'intégration dans l'unité d'accréditation FIQ, la dernière date d'embauche chez un employeur est dorénavant considérée pour le calcul de l'ancienneté.

De plus, les travaux concernant le rangement applicable au titre d'emploi de perfusionniste ont été retardés du fait de changements au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux. Les travaux devraient débuter au cours des prochaines semaines. ■

## RÉTROACTIVITÉ

Au cours des derniers mois, à la suite du règlement de l'équité salariale, certains problèmes de versements de la rétroactivité à des infirmières devenues infirmières cliniciennes ont été soulignés à la Fédération. Aux dires des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, les établissements retardataires ont reçu des directives claires afin qu'ils procèdent aux calculs dans les plus brefs délais. Les infirmières cliniciennes ayant été victimes de ce déplorable retard devraient avoir vu la situation corrigée avant la fin du mois de mars 2008.



Si vous préférez consulter la version électronique des publications de la FIQ, faites-en la demande à [info@fiqsante.qc.ca](mailto:info@fiqsante.qc.ca). Un courriel vous avertira de la mise en ligne de chacune des publications.