



ACTUALITÉS

VOIR

P.4 →



ENTREVUE ÉCLAIR

Des solutions concrètes au problème de pénurie de main-d'œuvre

VOIR

P.5 →



RAPPORT CASTONGUAY

Vers un nouveau contrat social?

VOIR

P.8 →



CONDITION FÉMININE

Journée internationale de la femme

L'affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite

Selon les récentes données démographiques, il y a présentement un mini baby-boom au Québec. En effet, au cours de l'année 2006, le taux de natalité a atteint un sommet inégalé en dix ans et cette tendance semble vouloir se maintenir. Les professionnelles en soins contribuent, elles aussi, à faire augmenter le nombre de naissances et, dans ce contexte, il apparaît opportun de traiter des droits de la travailleuse enceinte ou qui allaite ainsi que des questions soulevées lors d'une demande de retrait préventif.

SUITE

P.11 →

SOMMAIRE

VOL. 19, N° 1, MARS 2008 FIQ ACTUALITÉS, journal de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, est publié trois fois par année et distribué en 56 500 copies. **COORDINATION** Danielle Couture
CONCEPTION ET ÉCRITURE Conseillère au service Communication-Information : Marie Eve Lepage
RESPONSABILITÉ POLITIQUE Lina Bonamie, présidente **COLLABORATION** Conseillères : Diane Bouchard, Julie Lejeune, Lucie Mercier, Marie-Julie Milord et Florence Thomas **SECRETARIAT** Francine Parent
CONCEPTION GRAPHIQUE Nolin **MONTAGE GRAPHIQUE** Josée Roy **ILLUSTRATION** Yves Lessard
PHOTOGRAPHIES Jacques Lavallée et Jacques Lessard **IMPRESSION** Caractéra inc.
ISSN : 1913-1771 (Imprimé)
ISSN : 1913-178X (En ligne)

ACTUALITÉS
PAGE 2

EN PAGE COUVERTURE
L'AFFECTATION DE
LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE
OU QUI ALLAITE

PHOTOGRAPHIE Jacques Lessard



P.3

EN CONTACT

Le rapport Castonguay :
loin d'être tabletté

P.4

ENTREVUE ÉCLAIR

Des solutions
concrètes au
problème de pénurie
de main-d'œuvre

P.5

Rapport
Castonguay
Vers un nouveau contrat
social?

P.8

Journée
internationale
de la femme

P.9

Plus ça change,
plus c'est pareil!

P.10

Retour au travail
d'une retraitée
du RREGOP

P.11

L'affectation de
la travailleuse enceinte
ou qui allaite (suite)

P.12

Mesures particulières
en Outaouais

Autonomie économique des femmes : une force collective

Afin de souligner le 8 mars 2008, l'Intersyndicale des femmes, dont la FIQ est membre, a réalisé une brochure où se trouve un argumentaire traitant du thème retenu cette année. Cette brochure est disponible sur le site Internet de la Fédération <www.fiqsante.qc.ca> et dans les bureaux syndicaux. Sous le même thème, une épinglette a aussi été conçue par le Collectif 8 mars. ■



Le rapport Castonguay : loin d'être tabletté



Le Groupe de travail sur le financement du système de santé a dévoilé son rapport le 19 février dernier. Bien que son mandat portait sur le financement du réseau de la santé et des services sociaux, ce sujet n'occupe que trois des 17 chapitres que compte le document. Monsieur Castonguay a d'ailleurs reconnu que le financement n'était pas le thème le plus important et que la gouvernance était, quant à elle, fondamentale.

UN RAPPORT QUI NE FAIT PAS L'UNANIMITÉ

La dissidence de l'un des coprésidents

Pour assister monsieur Castonguay, deux coprésidents ont été nommés: l'Action démocratique du Québec a choisi Joanne Marcotte, une néolibérale notoire, tandis que le Parti Québécois a désigné Michel Venne, le président de l'Institut du Nouveau Monde. Le dépôt de leur rapport, qui devait avoir lieu en décembre 2007, a été retardé jusqu'au 15 février 2008 en raison de la difficulté des membres du Groupe à parvenir à un consensus. L'un des coprésidents, Michel Venne, a même inscrit sa dissidence sur trois points du rapport relatifs à la privatisation.

Qu'en pense le gouvernement?

En conférence de presse, le ministre de la Santé et des Services sociaux a sévèrement critiqué le contenu du rapport du Groupe Castonguay, laissant par le fait même l'impression qu'il le désavouait complètement. Pourtant, quelques jours plus tard, il nuançait considérablement sa position et affirmait finalement qu'il ne rejetait que l'une des 37 recommandations, soit la hausse de la taxe de vente du Québec (TVQ). En effet, il estime que celle-ci va à l'encontre de la position de son gouvernement. Toutefois, il ne faut pas oublier que monsieur Couillard a déjà revendiqué le *droit de changer d'idée*, ce qu'il ne se prive d'ailleurs pas de faire : ce n'est généralement qu'une question de temps. Ainsi, dans l'édition du 22 février du journal *Le Devoir*, l'équipe éditoriale citait monsieur Couillard qui qualifiait certaines propositions du rapport de « proprement fascinantes ». La veille, il avait même annoncé que certaines recommandations relatives à la budgétisation des établissements

publics seraient mises en application dès le printemps 2008, et ce, dans trois régions du Québec.

Pour sa part, la ministre des Finances, madame Jérôme-Forget, qui a déboursé 500 000 dollars pour la réalisation du document, a tout simplement affirmé qu'elle rejetait la TVQ comme moyen d'accroître le financement. Pas un mot sur le reste du contenu. Pourtant, ses consultations prébudgétaires traitant d'une augmentation de la productivité du travail permettaient de penser qu'elle partage de nombreux aspects présentés. Fait aussi intéressant: Joanne Marcotte, l'une des coprésidentes du Groupe de travail, a qualifié le rapport Castonguay de réchauffé.

Quant au premier ministre Jean Charest, il a affirmé qu'il n'était pas question d'augmenter le fardeau fiscal au Québec. Présenté par les médias comme rejetant totalement le rapport, le premier ministre a pourtant endossé toutes les recommandations ayant trait aux gains de productivité et à la révision des façons de faire, y compris une décentralisation des paliers de décision.

Selon la FIQ, c'est à tort que les médias enterrent prématurément le rapport Castonguay. Les recommandations présentées, loin d'être « tablettées » pour reprendre l'expression populaire, sont déjà bien en selle en vue d'une actualisation. D'ailleurs, tout le chapitre portant sur les personnes âgées en perte d'autonomie et les nouveaux modes d'allocation budgétaire étaient déjà en cours d'application bien avant que le mandat ne soit donné au Groupe de travail. En fait, il ne s'agit que d'un approfondissement de ces questions.

LE GROUPE DE TRAVAIL AVAIT-IL UN DOUBLE MANDAT : UN OFFICIEL ET UN AUTRE OFFICIEUX?

Suite au discours sur le budget 2007-2008, le Groupe de travail sur le financement du système de santé a reçu son mandat. Officiellement, monsieur Claude Castonguay, qui a œuvré pendant une trentaine d'années dans le domaine de l'assurance, a été nommé pour « formuler des recommandations sur les meilleurs moyens à prendre pour assurer un financement adéquat du système de santé ». Cependant, dans la préface du rapport, le Groupe de travail précise que la société subit de profondes transformations sous la pression de la libéralisation des échanges et de la mondialisation. Officieusement, il s'agirait donc plutôt « d'adapter les politiques sociales issues de la Révolution tranquille au nouveau contexte économique et à la mondialisation ». Toutefois, rien dans le texte n'est consacré à ce sujet, comme s'il s'agissait d'un objectif non dit du mandat officieux confié au Groupe de travail.

Mais que contient au juste ce document de plus de 300 pages axé d'abord et avant tout sur la liberté de choix et sur l'accroissement des gains de productivité, où les organisations syndicales sont présentées comme des groupes d'intérêt et les milieux d'affaires comme les sauveurs de l'humanité? Ci-après, dans le cadre d'une analyse sommaire, les grandes lignes du rapport Castonguay sont présentées. ■

Lina Bonamie, présidente



Des solutions concrètes au problème de pénurie de main-d'œuvre



Le FIQ Actualités a eu l'occasion de poser quelques questions à la responsable politique du secteur Tâche et Organisation du travail, Sylvie Savard, en ce qui a trait aux avancements des travaux entourant la Table nationale du projet de main-d'œuvre pour le réseau de la santé et des services sociaux.

Marie Eve Lepage, conseillère
Service Communication-Information

MADAME SAVARD, RAPPELEZ-NOUS LE MANDAT DE CETTE TABLE DE CONCERTATION?

La préoccupation principale des organisations siégeant à cette Table de concertation est de trouver des solutions concrètes au problème de pénurie de main-d'œuvre en soins infirmiers. Une attention particulière est d'ailleurs portée à l'évolution de ce problème criant de pénurie. Ainsi, les participant-e-s souhaitent analyser et comprendre la situation afin d'apporter des solutions pour contrer, entre autres, le recours à la main-d'œuvre des agences privées et aux heures supplémentaires obligatoires. Des recommandations seront ensuite faites au ministre Couillard.

DES PISTES DE SOLUTIONS PEUVENT-ELLES DÉJÀ SE DÉGAGER?

La table de concertation est alimentée par trois sous-comités dont les axes principaux sont : organisation du travail, conditions de travail ainsi que conditions d'exercice et formation continue. Certaines mesures tangibles ont déjà été proposées lors d'une rencontre tenue le 29 janvier dernier. Des pistes de solution touchant la formation ont semblé avoir l'aval du comité, mais des modifications devront être apportées et d'autres discussions seront nécessaires.

QUELS SONT LES OBJECTIFS DES TROIS SOUS-COMITÉS OÙ SIÈGE LA FIQ?

Le sous-comité sur l'organisation du travail désire trouver des solutions afin que soient utilisées au maximum toutes les compétences des professionnelles en soins. Ainsi, l'accessibilité, la sécurité, la qualité et la continuité des services à la population pourront être assurées. La Loi 90 s'avère assurément un outil très utile pour y parvenir.

Le sous-comité sur les conditions d'exercice et la formation continue, quant à lui, espère favoriser la création d'un environnement de travail moderne et stimulant à la pratique et au développement professionnel.

Enfin, le sous-comité sur les conditions de travail compte faire en sorte que les inconvénients du travail infirmier soient reconnus. L'aménagement du temps de travail devra assurément être revu. ■

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



Rapport Castonguay Vers un nouveau contrat social?



1. - 2. Présent dès la première heure devant le Centre des congrès de Québec, le SISP a accueilli Claude Castonguay juste avant la présentation officielle des recommandations contenues dans son rapport.

3. Des représentant-e-s du SISP se sont rendu-e-s au Parlement afin de remettre les 16 000 cartes postales signées par les membres des organisations syndicales formant le Secrétariat

À travers les 37 recommandations que contient son rapport, le Groupe de travail sur le financement du système de santé propose de redéfinir le pacte social qui lie le gouvernement et la population du Québec depuis une quarantaine d'années. Il propose donc un nouveau contrat social, basé sur des valeurs et des principes jusque-là inconnus du droit à la santé : l'universalité, la solidarité, l'équité, l'efficacité, la responsabilité et la liberté. Cette dernière, qui sous-tend la liberté de choisir par qui, comment et quand le-la patient-e sera traité-e, représente le principe par excellence du libéralisme économique appliqué au secteur de la santé. À l'exception de l'universalité, ces principes n'ont rien à voir avec ceux inscrits à la Loi canadienne sur la santé que sont l'universalité, l'accessibilité, la gestion publique, l'intégralité et la transférabilité.

DES PROPOSITIONS SUR L'ORGANISATION DES SERVICES

Le Groupe de travail a reçu un mandat lié aux questions de financement. Or, la très grande majorité des recommandations (31 sur 37) concerne étrangement la réorganisation des services au sens large. En effet, bon nombre de propositions concernent la gouvernance du réseau, la gestion des établissements, l'organisation des soins et des services, la budgétisation ainsi que le rôle du secteur privé. Voici quelques exemples.

LA GOUVERNANCE DU RÉSEAU

Pour le Groupe de travail, il s'agit de redéfinir les rôles des différents paliers du réseau de la santé et des services sociaux. Dans le rapport, la structure de gouvernance nationale comprend le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et un nouvel organisme à créer, l'Institut national d'excellence en santé (INES). Le rôle de chacune de ces organisations est redéfini. Quant à l'INES, qui naît de la fusion d'organismes existants¹, il a notamment pour mandat de revoir perpétuellement le panier des services couverts par le régime public de santé. Au palier régional, le rôle des actuelles agences régionales de la santé et des services sociaux devient celui d'acheteuses de services auprès de fournisseurs publics et privés régionaux. De 18, ces agences passent à six ou huit.

En ce qui a trait aux producteurs de services, ils comprennent les établissements, les cliniques de santé et tous les autres fournisseurs publics et privés. Les centres de santé et de services sociaux (CSSS) jouent un rôle de coordination : ils signent des contrats avec l'agence régionale, contrats remplaçant les ententes de gestion actuellement en vigueur. Quant aux cliniques de santé, elles sont responsables de la gestion de leurs ressources financières ainsi que de leur personnel professionnel et technique et signent, elles aussi, des contrats avec l'agence régionale. De plus, les médecins travaillant à la clinique de santé signent un contrat avec les centres hospitaliers; ces règles s'appliquent également aux centres médicaux spécialisés (CMS) et aux centres médicaux spécialisés associés (CMS-A).

LES CLINQUES DE SANTÉ

Dans le rapport, « cliniques de santé » est un terme générique incluant une variété d'organisations comme les cabinets médicaux, les groupes de médecine familiale (GMF), les cliniques-réseau, les coopératives et les CLSC. Toutes ces organisations sont donc visées par la contribution de 100 \$, par année et par adulte, proposée au chapitre du financement pour l'utilisateur souhaitant s'inscrire à une clinique. Cette cotisation est payable lors de l'inscription et est une dépense admissible au titre de

l'impôt sur le revenu des particuliers. Son but est de développer un sentiment d'appartenance et constitue, en fait, une première étape menant au financement par capitation², un financement accordé aux cliniques et pouvant inclure les consultations chez les médecins spécialistes.

LES CONSEILS D'ADMINISTRATION DES AGENCES ET DES ÉTABLISSEMENTS

Les conseils d'administration des agences régionales et des établissements publics sont revus et ne comprennent plus que cinq à sept membres. Contrairement à ce qui est le cas actuellement, leurs choix ne sont plus basés sur la représentativité. Les conseils d'administration nomment les directeurs généraux qui voient leur rémunération augmenter, en plus d'être assortie de bonis. L'évaluation de la performance des établissements fait partie de leurs tâches, cette évaluation consistant notamment à comparer la productivité des établissements publics et privés et à identifier les programmes ou les modes de gestion particulièrement productifs.

LES CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

La mission du CSSS demeure la même, soit les soins et la coordination au sein du réseau local de services. Toutefois, de nouveaux outils peuvent être utiles à la réalisation de son mandat : les

1 Conseil du médicament du Québec, Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) et Commissaire à la santé et au bien-être.

2 « On appelle capitation le mode de rémunération des médecins en Grande-Bretagne, Suède et Norvège. Il consiste en un forfait attribué au médecin ou cabinet par [une] personne résidant dans sa région ou inscrite sur sa liste d'abonnés. Le plus souvent la capitation est composée d'un forfait de base assortie de forfaits divers et de paiement à l'acte. »

Source : Wikipedia, L'encyclopédie libre, [En ligne] : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Capitation> (page consultée le 24 février 2008)



1. En après-midi, lors d'une conférence de presse, les leaders syndicaux du SISF ont commenté ces recommandations.

2. Une manifestation a été organisée devant l'hôtel où Claude Castonguay présentait son rapport à la Chambre de commerce du Montréal métropolitain

agent-e-s de liaison, les technologies de l'information et le dossier de santé électronique, la collaboration renforcée entre médecins généralistes et médecins spécialistes ainsi que les mesures incitatives pour favoriser la réduction des délais d'attente. À moyen terme, la rémunération des médecins de famille devrait évoluer vers un régime mixte, comportant un financement lié au nombre de patient-e-s inscrit-e-s et pour lequel-les ils acceptent le suivi et la prise en charge. En d'autres mots, le régime évolue vers le financement par capitation et le montant est versé à la clinique de santé et non au CSSS.

UN RÔLE ACCRU POUR LE SECTEUR PRIVÉ DANS CINQ DOMAINES NÉVRALGIQUES

Le Groupe de travail identifie cinq domaines où le rôle du secteur privé peut être élargi. Tout d'abord, il se dit favorable à la pratique médicale mixte, c'est-à-dire à l'exercice à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé, mais à trois conditions :

- le nombre de médecins doit être suffisant dans la région;
- une entente entre chaque médecin et son établissement doit être signée;
- les revenus provenant de la pratique privée doivent être limités à un pourcentage de ce qui est gagné dans le secteur public.

De plus, le Groupe est favorable à l'assurance privée duplicative pour tous les services offerts par le régime public, au nom de la liberté de choix. Ensuite, il estime que les soins privés peuvent être offerts dans des établissements publics, et ce, afin de diversifier les sources de financement des établissements. Il propose aussi qu'un mécanisme transparent d'appel d'offres soit instauré dans le réseau public pour l'attribution des contrats aux centres médicaux spécialisés associés, ce mécanisme étant le même que celui déjà en vigueur dans les municipalités. Il s'agit d'un processus de mise en concurrence des fournisseurs publics et privés.

Finalement, le rapport propose que certains établissements soient administrés par des entreprises spécialisées en gestion qui seraient liées aux établissements par des contrats. En fait, il s'agit de partenariats public-privé dans les centres hospitaliers. Les couronnes nord et sud de l'île de Montréal sont particulièrement visées étant donné le déficit de lits de soins aigus. Michel Venne a inscrit sa dissidence sur cette question, de même que sur l'assurance privée duplicative et la pratique médicale mixte.

LA BUDGÉTISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Le Groupe de travail propose d'importantes modifications aux méthodes de budgétisation des établissements publics. En effet, il souhaite que les établissements passent d'un budget historique à un budget à l'activité. Ainsi, chacune des activités de l'établissement ou chaque épisode de soins est défrayé selon un montant fixe. Le montant est versé au moment

de la production du service, le-la patient-e devenant ainsi une source de revenus plutôt qu'une source de dépenses pour l'établissement. Présenté comme une nouveauté, cette méthode de financement a déjà commencé à être appliquée progressivement dans le réseau de la santé depuis quelques années. Déjà contenue au rapport Clair en 2000, cette méthode était reprise dans le rapport Bédard rendu public en 2002. Le ministre de la Santé et des Services sociaux a d'ailleurs annoncé un approfondissement de cette forme d'allocation budgétaire, dès le mois d'avril 2008, dans la Capitale-Nationale, au Saguenay et en Estrie. Cette méthode de financement, déjà en application en France, s'est avérée tout simplement désastreuse.

DES PROPOSITIONS DE FINANCEMENT FORT DISCUTABLES

Au chapitre du financement, les propositions consistent à augmenter la participation des individus, notamment la contribution des personnes malades :

Augmenter la taxe de vente du Québec de 1 %	1,3 milliard \$
Imposer une franchise dès 2009 (T-4 santé) sur le revenu net des ménages	500 millions \$
Comblent le déficit du Régime général d'assurance médicaments (RGAM) grâce à l'augmentation de la contribution des adhérent-e-s	211 millions \$
Appartenir à une clinique de santé (contribution de 100 \$ par année, par adulte) (facultatif)	Non chiffré Estimé à 480 millions \$
Exclure l'hôtellerie des soins de santé	Non chiffré
Revoir le panier des services assurés	Non chiffré
Revoir l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie	Non chiffré
Étendre l'achat d'assurance privée duplicative à tous les services de santé	Non chiffré
Différents scénarios de révision des frais administratifs et de tarification	Entre 301 et 436 millions \$
TOTAL	Entre 2,792 et 2,927 milliards \$

Le rapport propose que les revenus provenant de la TVQ et de la franchise contribuent à alimenter un Fonds de stabilisation dédié à la santé. La FIQ, par la voie du SISF, s'est dite favorable à une proposition comme l'augmentation de la taxe de vente du Québec. En revanche, l'imposition d'une franchise, sorte de taxe à la maladie, apparaît absolument inacceptable à la Fédération. Au total, l'effort demandé à la population du Québec dépasse les trois milliards de dollars. En contrepartie, l'entreprise privée, qui a vu sa contribution aux revenus de l'État diminuer d'environ cinq milliards de dollars au cours des huit dernières années, n'est d'aucune façon sollicitée par les propositions du Groupe de travail. Le SISF estime que l'effort financier ne peut reposer que sur les seules épaules des citoyen-ne-s et des usagère-s des services de santé.

CONCLUSION

Le rapport Castonguay va bien au-delà de la seule augmentation de la taxe de vente du Québec. Entre autres, les enjeux liés à la gouvernance, pourtant néfaste pour le système de santé, apparaissent comme très importants. Loin d'être porteur d'une vision d'avenir pour le système public de santé, ce rapport en présente plutôt une vision néolibérale. Dans ce contexte, l'accent mis sur la TVQ ne sert que d'écran de fumée pour mieux cacher les visées réelles que sous-tend ce document. ■

Lucie Mercier, conseillère
Secteur Sociopolitique





1. Les président-e-s des organisations syndicales du SISP ont distribué des tracts à l'entrée de la station de métro Berri-UQAM. De gauche à droite : Michel Sawyer (président du SFPQ), Dominique Verreault (présidente de l'APTS), Réjean Parent (président de la CSQ), Lina Bonamie (présidente de la FIQ) et Gilles Dussault (président du SPGQ)
2. Jonquière en neige. À droite : Nancy Michaud, agente syndicale au SPSIC de Chicoutimi

Dans le feu de l'action

Des solutions publiques, c'est santé

UNE NOMINATION CONTESTÉE

Lors de la sortie du dernier budget du gouvernement du Québec, la nomination de Claude Castonguay à la tête du Groupe de travail sur le financement du système de santé avait été vivement contestée par différents acteurs. Il était déjà clair, à l'époque, que M. Castonguay ne possédait pas la neutralité nécessaire pour s'acquitter de façon éthique et démocratique de cette tâche.

À cet effet, Lina Bonamie, présidente de la Fédération, avait d'ailleurs rédigé une lettre ouverte, parue dans les éditions des 2 et 3 juin 2007 du journal *Le Devoir*. Cette lettre est disponible sur <www.fiqsante.qc.ca>, à la section « Communiqués de presse ».

CAMPAGNE SISP « LE SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIC, J'Y TIENS! »

Du 30 janvier au 13 février, dans toutes les régions du Québec, les membres des organisations formant le Secrétariat intersyndical des services publics (SISP) ont distribué près de 200 000 tracts. Dans la foulée du dépôt du rapport Castonguay, cette opération visait à promouvoir un système de santé public, accessible et de qualité et à sensibiliser la population aux dangers de la privatisation.

Les militantes ont fait preuve de beaucoup d'initiative en distribuant des tracts dans différents endroits achalandés : entrées de stations de métro, arénaux lors de parties de hockey, centres commerciaux, lieux de travail, artères routières, campus universitaire, etc.

« Le système de santé public, on n'a pas les moyens de s'en priver! »

19 FÉVRIER 2008 : DÉVOILEMENT DU RAPPORT

Présent dès la première heure devant le Centre des congrès de Québec, le SISP a accueilli Claude Castonguay juste avant la présentation officielle des recommandations contenues dans son rapport.

En après-midi, lors d'une conférence de presse, les leaders syndicaux du SISP ont commenté ces recommandations.

De plus, des représentant-e-s du SISP se sont rendu-e-s au Parlement afin de remettre les 16 000 cartes postales signées par les membres des organisations syndicales formant le Secrétariat.

EN AVOIR POUR SON ARGENT

Le lendemain, le 20 février, Claude Castonguay présentait son rapport devant la Chambre de commerce du Montréal métropolitain. À l'annonce de cette allocution, le SISP a été profondément choqué, d'autant plus que M. Castonguay promettait aux gens d'affaires qu'ils en auraient pour leur argent.

Une manifestation a été organisée devant l'hôtel où avait lieu cette conférence. ■

Depuis presque deux décennies, le réseau de la santé et des services sociaux est remis en question de toute part. Selon certains, à la pénurie de main-d'œuvre, à l'allongement des listes d'attente, à la sous-utilisation des infrastructures ou des équipements, il n'y aurait aucune autre solution que la privatisation. Que ce soit le déplacement de la prestation des services vers le secteur privé ou le financement via des assurances privées, les élus et les lobbys d'affaires prétendent qu'il est impossible de freiner la machine. Dans les faits, il n'y a aucune volonté politique, voire aucun courage, d'y mettre fin.

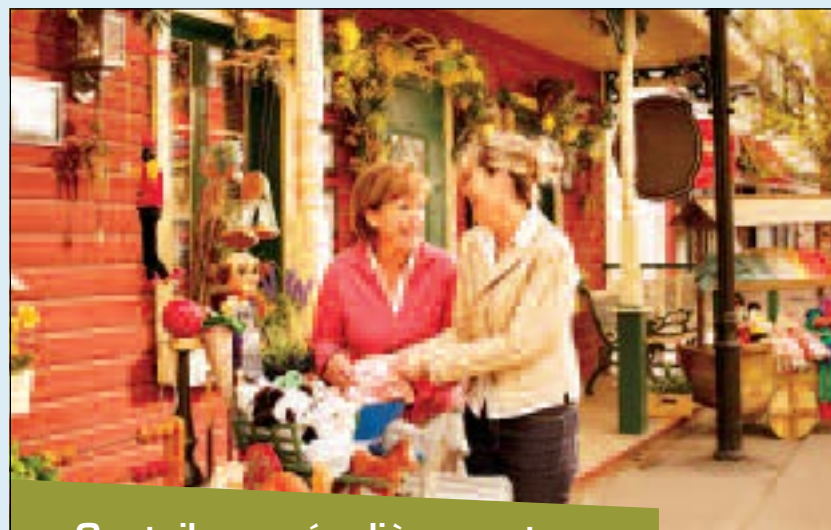
Qu'en est-il des solutions publiques? Qu'ont à dire celles et ceux qui croient qu'il est possible de maintenir un système de santé et de services sociaux universel, accessible et financé publiquement? Qu'ont à dire celles et ceux qui croient que ce système doit répondre de façon équitable aux besoins en santé de la population plutôt qu'aux visions mercantiles d'une certaine élite? Qu'ont à dire celles et ceux qui croient qu'un système de santé et de services sociaux doit rester public dans l'intérêt de toutes et tous?

Le 15 mars 2008, la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec - FIQ participera à un forum de réflexion et d'échanges visant à mettre de l'avant des solutions publiques pour assurer la pérennité du système de santé et de services sociaux québécois.

Cette journée, initiée par la Coalition Solidarité Santé dont la FIQ est membre depuis de nombreuses années, se déroulera au Collège de Maisonneuve, à Montréal, de 8 h à 17 h. Plus de 300 militant-e-s de tous les milieux seront présent-e-s : syndicats, organismes communautaires, etc.

Devant l'offensive concertée dont il est victime et dans la foulée du dépôt du rapport Castonguay, il est grand temps de faire la démonstration que le système de santé public est non seulement viable, mais aussi efficace. Cette journée permettra de rassembler les forces de celles et ceux qui y croient encore et de proposer des solutions publiques afin de convaincre les élus de stopper le train de la privatisation avant qu'il ne soit trop tard. ■

Florence Thomas, conseillère
Secteur Sociopolitique



**Contribuez régulièrement.
Récoltez au bon moment.**

Une petite contribution au REER du Fonds à chaque paie, c'est tout ce que ça prend pour profiter des petits bonheurs de la retraite.

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-FIQ au Fonds.

EXEMPLES DE RETENUES SUR LE SALAIRE AVEC RÉDUCTION D'IMPÔT IMMÉDIATE					
ANNÉE D'IMPOSITION 2008 ¹ (26 périodes de paie)					
REVENU IMPOSABLE DE	CONTRIBUTION PAR PAIE	ÉCONOMIE D'IMPÔT (APPROX.) CREDITS +	REER	PAIE NETTE RÉDUITE (APPROX.)	TOTAL INVESTI PAR ANNÉE
15 000 \$ à 37 500 \$	40,00 \$ 100,00 \$ 192,31 \$	12,00 \$ 30,00 \$ 57,69 \$	11,56 \$ 28,90 \$ 55,59 \$	16,44 \$ 41,10 \$ 73,04 \$	1 040 \$ 2 600 \$ 5 000 \$
37 501 \$ à 37 885 \$	40,00 \$ 100,00 \$ 192,31 \$	12,00 \$ 30,00 \$ 57,69 \$	13,16 \$ 32,90 \$ 63,27 \$	14,84 \$ 37,10 \$ 71,35 \$	1 040 \$ 2 600 \$ 5 000 \$
37 886 \$ à 75 000 \$	40,00 \$ 100,00 \$ 192,31 \$	12,00 \$ 30,00 \$ 57,69 \$	15,36 \$ 38,40 \$ 73,85 \$	12,64 \$ 31,60 \$ 60,77 \$	1 040 \$ 2 600 \$ 5 000 \$

¹ Taux marginaux d'imposition en vigueur au 1^{er} janvier 2008.



1 800 567-FONDS
www.fondsftq.com

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



8 mars Journée internationale de la femme

COALITION NATIONALE CONTRE LES PUBLICITÉS SEXISTES

La Coalition nationale contre les publicités sexistes (CNCPS), un organisme sans but lucratif, a récemment vu le jour, mais son lancement officiel n'aura lieu qu'au mois de mai. Cette coalition, qui véhicule des valeurs prônant l'égalité entre les femmes et les hommes, a pour objectif d'éliminer les publicités sexistes en les dénonçant publiquement et en exigeant leur retrait.

Présentement, le comité de démarrage de la CNCPS, dont la FIQ fait partie, est en période de recrutement. L'adhésion à titre de membre individuel ne coûte que 10 \$ par année. Le formulaire est disponible à <www.fiqsante.qc.ca/dossiers/conditionFeminine.php>. La Fédération invite toutes ses membres à y adhérer.

L'origine de la Journée internationale de la femme remonte à 1909 alors que se tenait une manifestation en faveur du droit de vote des femmes, appelée Women's Day, organisée par le Comité national des femmes du Parti socialiste américain. En 1911, une première célébration officielle a lieu en Allemagne, en Autriche, au Danemark, en Suisse et aux États-Unis, mais ce n'est qu'en 1914 que les femmes d'Europe soulignent l'événement un 8 mars.

Au Québec, cette journée est célébrée pour la première fois en 1971. À l'époque, le Front de libération des femmes revendique le droit à l'avortement libre et gratuit pour toutes et une campagne nationale est lancée le 8 mars. Par la suite, les groupes de femmes, les syndicats et les organismes communautaires font en sorte que la Journée internationale de la femme soit fêtée chaque année, comme partout dans le monde.

POURQUOI UNE JOURNÉE INTERNATIONALE DE LA FEMME?

Cette journée est l'occasion de réfléchir à la situation des femmes ainsi qu'aux moyens à utiliser et aux actions à entreprendre afin que l'égalité de droit devienne une égalité de fait.

DES REVENDEICATIONS IMPORTANTES

Dans le cadre de la Journée internationale de la femme 2008, le thème « Autonomie économique des femmes : une force collective » a été abordé, l'autonomie économique référant à une situation financière

stable et à des conditions de vie et de travail décentes.

Ce thème s'articule autour de trois revendications principales :

- augmentation du salaire horaire minimum à 10,16 \$ afin d'assurer à toutes un revenu annuel équivalent au seuil de faible revenu;
- augmentation du nombre de places en CPE et ajustement des services pour les cas d'horaire atypique;
- politique de conciliation famille-travail aidant à améliorer la situation des femmes sur le marché de l'emploi.

Il va sans dire qu'une réponse positive à ces demandes contribuerait à l'atteinte des valeurs d'égalité, de justice et de liberté et, plus particulièrement, à l'égalité entre les hommes et les femmes. ■

Julie Lejeune, conseillère
Secteur Condition féminine

PROJET DE MODIFICATION DE LA CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE

En décembre dernier, la ministre responsable de la Condition féminine, madame Christine St-Pierre, déposait le projet de loi 63 modifiant la Charte des droits et libertés de la personne et visant à confirmer l'importance du principe de l'égalité entre les femmes et les hommes. Par ce projet de loi, le gouvernement espère répondre aux multiples inquiétudes qui ont surgi au sein de la société québécoise en ce qui a trait au respect de l'égalité des sexes dans un contexte de pluralisme religieux et de diversité ethnique.

Ainsi, la notion d'égalité entre les femmes et les hommes apparaît dorénavant au 3^e alinéa du préambule de la Charte des droits et libertés de la personne qui se lit comme suit : « Considérant que le respect de la dignité de l'être humain, l'égalité entre les femmes et les hommes et la reconnaissance des droits et libertés dont ils sont titulaires constituent le fondement de la justice, de la liberté et de la paix ». Un nouvel article est aussi ajouté à la Charte : « Les droits et libertés énoncés dans la présente Charte sont garantis également aux femmes et aux hommes. »

L'Intersyndicale des femmes, dont la FIQ est membre, a déposé un avis appuyant sans réserve ces modifications. Pour l'Intersyndicale, l'ajout du principe de l'égalité entre les femmes et les hommes dans le préambule de la Charte rappelle aux gouvernements, aux institutions publiques et à la société en général l'importance de l'évaluation des actions, des législations, des programmes et des politiques en regard de la discrimination faite aux femmes.

Toujours pour l'Intersyndicale, bien que ces modifications représentent un pas vers l'atteinte de l'égalité entre les femmes et les hommes, elles doivent être jumelées à des campagnes de sensibilisation et d'éducation populaire afin d'être pleinement efficaces.

Au moment d'écrire ces lignes, les auditions sur le projet de loi 63 sont toujours en cours. ■

20 ans de droit à l'avortement

Il y a 20 ans, les femmes obtenaient le droit à l'avortement. Par une décision de la Cour suprême du Canada rendue le 28 janvier 1988, la Loi canadienne sur l'avortement était jugée anticonstitutionnelle et, par conséquent, annulée. Depuis, le Canada traite l'avortement comme toute autre intervention médicale.

Malgré cet avancement, le droit à l'avortement est toujours menacé par certains groupes. Encore aujourd'hui, les femmes doivent se battre et poursuivre leurs revendications afin de le conserver.



Plus ça change, plus c'est pareil!

En décembre 2006, la Loi sur les services de santé et les services sociaux a été amendée par le projet de loi 33. Ce projet de loi qui a créé les centres médicaux spécialisés (CMS) prévoit qu'en plus des arthroplasties de la hanche et du genou et de l'extraction de la cataracte, « tout autre traitement spécialisé déterminé par règlement du ministre » pourra y être dispensé.

À venir!

La 52^e session de la Commission sur la condition de la femme de l'ONU a eu lieu à New York, du 25 février au 7 mars 2008, sous le thème « Le financement de la promotion de l'égalité des genres et de l'autonomisation des femmes ». Des représentantes de la Fédération y ont participé et un compte-rendu de l'événement sera proposé dans le prochain FIQ en Action.

Dans ce contexte, le 14 novembre dernier, le gouvernement Charest a publié un projet de règlement dans la Gazette officielle du Québec. Après cette parution, la population et les organismes concernés avaient 30 jours pour soumettre leurs commentaires et, malgré ce délai très court, la FIQ a rédigé un avis sur le sujet. D'entrée de jeu, la Fédération a dénoncé le fait que le ministre de la Santé et des Services sociaux fasse coïncider les consultations publiques sur le projet de règlement avec la période des fêtes, tout comme il l'avait fait pour l'adoption sous le baïllon du projet de loi 33 (L.Q. 2006, c.43). Aux yeux de la Fédération, le ministre et le gouvernement du Québec bafouent les règles les plus élémentaires de la démocratie.

L'OBJET DU PROJET DE RÈGLEMENT

Le projet de règlement introduit l'article 1 prévoyant l'ensemble des traitements qui, à défaut d'être dispensés dans un établissement, devront l'être dans un CMS. Ainsi, cet article consacre deux lieux où des traitements médicaux spécialisés peuvent être dispensés : le CMS et l'établissement, sans précision sur son caractère public ou privé et sans égard à la capacité du réseau public d'offrir ou non ces services. Les délais d'attente déraisonnables ne justifient donc plus le recours au privé, alors qu'ils étaient à l'origine du Livre blanc sur la garantie d'accès, présenté au printemps 2006, et du projet de loi 33.

Le mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés devait servir à uniformiser les listes d'attente et

à en améliorer la gestion. Ainsi, le ministre de la Santé et des Services sociaux a octroyé un délai de deux ans aux établissements publics afin qu'ils mettent en place ce nouvel instrument. Toutefois, sans attendre les résultats concrets rattachés à ce mécanisme et sans justification d'aucune sorte sur l'existence de listes d'attente déraisonnables, le gouvernement s'empresse maintenant d'élargir la liste des traitements pouvant être dispensés en CMS. Dans ce contexte, la présentation de ce projet de règlement est apparue, pour la FIQ, totalement inacceptable. De plus, il est appert que les délais déraisonnables ont été utilisés comme de faux prétextes pour dissimuler l'objectif véritable, mais inavouable, consistant à libéraliser le réseau public de la santé.

La FIQ s'est déjà prononcée contre le projet de loi 33 et ne peut adhérer aux faux objectifs qu'il sous-tend. Comme elle le faisait remarquer dans son mémoire de septembre 2006 *Des cliniques publiques financées publiquement*, le gouvernement ouvre la porte à la sous-traitance de l'ensemble de la chirurgie ambulatoire dans les CMS, alors que le ministre avait promis que ces centres ne seraient utilisés que pour des volumes de chirurgies excédentaires. La récente signature d'un contrat entre l'Hôpital du Sacré-Cœur et le centre médical Rockland MD, sous prétexte d'accroître l'accessibilité, privera l'établissement public d'une partie de son budget annuel, soit un demi-million de dollars pour les six mois que durera l'entente. L'accessibilité aux soins pour les uns pourrait bien signifier l'absence de service pour les autres.

Tout comme pour la loi qui le sous-tend, la FIQ a qualifié ce projet de règlement d'irrecevable et a demandé son retrait. ■

Lucie Mercier, conseillère
Secteur Sociopolitique

Pour vos biens les plus importants, fiez-vous au premier assureur de groupe au Québec.



Obtenez des rabais de groupe et des avantages exclusifs pour vos assurances auto et habitation avec La Personnelle, fière partenaire de la FIQ.

**Vous avez l'avantage de faire partie
d'un groupe. Profitez-en !**

Pour obtenir une soumission :

1 888 GROUPES

(1 8 8 8 4 7 6 - 8 7 3 7)

www.lapersonnelle.com/fiq

**À GAGNER :**
deux prix de
25 000 \$
pour réaliser vos
projets personnels!

Pour participer, demandez simplement
une soumission à La Personnelle!

Aucun achat requis. Détails disponibles au www.lapersonnelle.com/25000



FÉDÉRATION
INTERPROFESSIONNELLE
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC



Retour au travail d'une retraitée du RREGOP

En décembre dernier, le projet de loi 52 a été sanctionné par l'Assemblée nationale. Ainsi, certaines dispositions de la Loi sur le régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics ont été modifiées, notamment en regard du retour au travail des personnes retraitées.

ANCIENNES DISPOSITIONS

Avant ces modifications, la loi prévoyait deux situations pour la retraitée de moins de 65 ans qui effectuait un retour au travail :

1. Fonction exercée avant le 1^{er} janvier 1983

Lorsque la retraitée avait exercé une fonction visée par le RREGOP avant le 1^{er} janvier 1983 :

- si elle avait choisi de ne pas participer au RREGOP, elle pouvait cumuler à la fois sa rente et son salaire;
- si elle avait choisi de participer à nouveau au RREGOP, elle ne pouvait cumuler sa rente et son salaire. Sa rente de retraite était suspendue proportionnellement au service qui lui était crédité*.

Par ailleurs, à 65 ans, peu importe le choix de la retraitée, la rente était suspendue proportionnellement au service crédité.

2. Fonction exercée après le 31 décembre 1982

Lorsque la retraitée avait exercé, pour la première fois, une fonction visée par le RREGOP après le 31 décembre 1982 :

- elle ne pouvait cumuler sa rente et son salaire. Elle pouvait choisir de participer à nouveau ou non au RREGOP et, dans les deux cas, sa rente était suspendue proportionnellement au service qui lui était crédité ou qui l'aurait été si elle avait participé.

À 65 ans, la situation demeurait la même pour la retraitée.

DEPUIS LES MODIFICATIONS DE DÉCEMBRE 2007

Depuis décembre dernier, de nouvelles dispositions sont en vigueur et leur effet est rétroactif au 1^{er} janvier 2007. Dorénavant, une retraitée effectuant un retour au travail, peu importe son âge, ne participe plus au RREGOP et cumule à la fois sa rente et son salaire.

Mesures transitoires

Si une retraitée retourne au travail et qu'elle exerçait une fonction visée par le RREGOP le 31 décembre 2006 ou après cette date, l'une des situations suivantes s'applique :

1. Fonction exercée avant le 1^{er} janvier 1983

Si une retraitée ayant du service avant le 1^{er} janvier 1983 avait choisi de participer à nouveau au RREGOP, elle peut :

- demeurer dans cette situation jusqu'à ce qu'elle cesse à nouveau de travailler;
- choisir de ne plus participer en répondant à l'avis qu'elle recevra de la CARRA dans les délais prescrits. Dans ce cas, sa participation cesse rétroactivement au 31 décembre 2006. Les cotisations versées lui seront remboursées avec intérêts et la pension sera recalculée.

2. Fonction exercée après le 31 décembre 1982

Si une retraitée n'a pas de service avant le 1^{er} janvier 1983 ou qu'elle a 65 ans et plus, sa participation au RREGOP cesse et elle est annulée pour l'année 2007 (s'il y a lieu). Les cotisations versées lui seront remboursées avec intérêts et la pension est recalculée.

La CARRA et les équipes locales peuvent fournir plus de renseignements à ce sujet. ■

Diane Bouchard, conseillère
Secteur Sécurité sociale

* Service crédité : période pendant laquelle la travailleuse a cotisé ou a été exonérée en raison d'une invalidité ou d'un congé de maternité.

L'AFFECTATION DE LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE OU QUI ALLAITE (SUITE)

ACTUALITÉS
PAGE 11



Quelles sont les obligations de mon employeur lorsque je lui présente un certificat de retrait préventif et jusqu'où peut-il aller en terme d'affectation? A-t-il le droit de modifier mes tâches, de m'affecter sur un autre département ou encore à des tâches cléricales? Le cas échéant, ai-je le droit de contester cette affectation? Qu'arrive-t-il si mon employeur ne me propose pas d'affectation immédiatement? Aura-t-il le droit de me rappeler au travail ultérieurement?

Les travailleuses sont de plus en plus conscientes et informées des dangers présents dans leur milieu de travail et il arrive que ce milieu ne soit pas approprié à leur situation de grossesse. D'une part, l'environnement de travail dans lequel évoluent les professionnelles en soins constitue un milieu stressant et complexe et, d'autre part, elles doivent souvent adopter des postures contraignantes, soulever de lourdes charges, manipuler divers agents biologiques et chimiques de même que faire face à une clientèle difficile et parfois agressive.

Auparavant, les employeurs retiraient presque systématiquement de leur milieu de travail les travailleuses présentant un certificat de RPTE¹ ou de RPTA². Toutefois, depuis quelques années, une nouvelle tendance émerge : les employeurs affectent plutôt les professionnelles en soins qui se prévalent du programme de la CSST *Pour une maternité sans danger*. La professionnelle voit maintenant son poste de travail réaménagé afin qu'elle puisse demeurer le plus longtemps possible en fonction. La pénurie de main-d'œuvre sévissant dans le réseau de la santé et des services sociaux ne semble pas être un facteur totalement étranger à ce phénomène...

RPTE OU RPTA

Dans un premier temps, il est important de rappeler qu'une demande de RPTE ou de RPTA ne constitue pas une demande de cessation de travail, mais une demande implicite d'affectation à des tâches ne comportant pas de dangers pour la travailleuse enceinte ou pour l'enfant à naître ou qu'elle allaite. Ainsi, la travailleuse qui fournit à l'employeur un certificat attestant que les conditions de son travail comportent des dangers physiques pour l'enfant à naître ou qu'elle allaite ou pour elle-même, à cause de son état de grossesse, peut demander d'être affectée à des tâches ne comportant pas de tels dangers et qu'elle est raisonnablement en mesure d'accomplir (articles 40 et 46 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail - LSST).

Ainsi, la travailleuse doit obtenir un certificat médical du médecin responsable des services de santé de son établissement ou d'un autre médecin et celui-ci doit attester que les conditions de travail de la travailleuse comportent des dangers physiques pour l'enfant à naître ou qu'elle allaite ou encore pour elle-même. La production d'un tel certificat constitue

automatiquement une demande d'affectation à des tâches exemptes de danger et l'employeur doit nécessairement y donner suite. Dans le cas contraire, la professionnelle peut cesser de travailler et produire une réclamation à la CSST afin de recevoir les indemnités auxquelles elle a droit.

L'EMPLOYEUR PROPOSE UNE AFFECTATION

La travailleuse bénéficie alors de tous les avantages liés à son emploi antérieur et peut retrouver cet emploi à la fin de son affectation ou de la cessation de travail.

Si l'employeur propose une affectation à la travailleuse enceinte ou qui allaite, cette dernière a le droit de savoir en quoi consiste cette affectation afin d'évaluer avec son médecin si les nouvelles tâches comportent des dangers. Si de nouveaux dangers sont appréhendés ou que les mêmes dangers sont toujours présents, la travailleuse doit se procurer un nouveau certificat visant le retrait préventif auprès de son médecin afin qu'il considère ces nouveaux dangers. Il est important de souligner que le médecin traitant a le pouvoir de décider de la capacité de travailler de la travailleuse et non pas l'employeur.

Si l'employeur affecte la travailleuse à de nouvelles tâches qu'elle ne croit pas être raisonnablement en mesure d'accomplir parce qu'elle juge ne pas avoir les capacités, les aptitudes requises ou encore la formation nécessaire, elle peut contester cette affectation en suivant la procédure prévue à la loi. Elle peut aussi demander de l'information à son équipe syndicale mais, surtout, elle ne doit jamais rester dans le doute.

De plus, l'employeur pourrait affecter la travailleuse enceinte ou qui allaite à son propre poste de travail, soit en modifiant certaines tâches ou en émettant des directives de manière à ce qu'elle ne soit plus exposée aux dangers. En effet, la LSST n'exige pas une affectation à d'autres tâches; l'affectation peut être jugée conforme si les tâches ne comportent plus les dangers faisant l'objet de l'attestation du médecin de la travailleuse.

Cependant, une affectation sans danger exige plus qu'un équipement

de protection personnelle comme des gants ou un masque; pour que l'affectation soit jugée convenable, le danger doit être complètement éliminé du poste de travail. Les mesures universelles, même utilisées de façon rigoureuse, contribuent à réduire les risques d'infections, mais n'éliminent pas le danger. D'ailleurs, l'équipement adéquat doit nécessairement être fourni à TOUTES les travailleuses.

Le fait que la travailleuse puisse demander de l'aide à ses collègues, au besoin, selon leur bon vouloir ou leur disponibilité, ne peut être considéré comme une assignation permettant d'éliminer le risque, puisque celui-ci demeure toujours présent.

Finalement, il arrive que l'employeur affecte la professionnelle en soins à diverses tâches telles que la tenue de dossiers, le suivi téléphonique des patient-e-s ou l'élaboration des programmes de soins et de traitements infirmiers. De plus, avec la reconnaissance des infirmières cliniciennes, une infirmière détentrice d'un diplôme universitaire pourrait aussi être appelée à effectuer des tâches de clinicienne même si son poste habituel n'en comporte pas.

Quoiqu'il en soit, même si ces affectations peuvent être conformes, il demeure toujours prudent d'obtenir l'approbation de son médecin. En effet, la professionnelle en soins ne doit pas perdre de vue qu'une affectation ne doit jamais être faite au détriment de sa santé et sécurité ou de celle de son enfant.

L'employeur peut rappeler la travailleuse enceinte ou qui allaite à tout moment, même après un retrait complet du travail, s'il a une affectation à lui offrir. À moins que les nouvelles tâches ne présentent des dangers ou qu'elle ne soit pas en mesure de les accomplir, la professionnelle doit accepter cette affectation.

D'IMPORTANTES DÉCISIONS SOULEVANT DES QUESTIONS

Dans une récente décision (novembre 2007), la Commission des lésions professionnelles, saisie d'une contestation par la travailleuse (une infirmière) d'une décision de l'instance de révision de la CSST concernant son affectation à des tâches clinico-administratives, a déclaré l'affectation conforme puisqu'elle ne comportait pas le danger biologique (risque de contamination au cytomégalovirus) appréhendé par la travailleuse. Dans leurs témoignages, les experts ont fait valoir que le risque de transmission indirecte du cytomégalovirus par contact cutané avec des objets contaminés est possible (manipulation de dossiers et des équipements de bureau), mais très négligeable, de sorte qu'il ne constitue pas un danger au sens de l'article 40 de la LSST.

Risque vs danger

Notions se dégageant de la jurisprudence

Selon la Commission des lésions professionnelles, la notion de « danger » fait référence à une menace réelle, alors que la notion de « risque » réfère à un évènement possible, mais incertain.

Le droit de la travailleuse enceinte ou qui allaite d'être affectée à d'autres tâches est lié à l'existence d'un danger. Le tribunal a d'ailleurs rappelé à plusieurs reprises qu'il n'est pas nécessaire de démontrer une absence totale de danger pour maintenir une travailleuse enceinte au travail. Il considère qu'il faut plutôt se demander s'il est probable, compte tenu des circonstances, que le danger appréhendé se réalise. Le tribunal rappelle aussi qu'il est impossible d'éliminer tous les risques dans un milieu de travail ou ailleurs et que même les activités de la vie quotidienne comportent des risques.

1 Retrait préventif de la travailleuse enceinte
2 Retrait préventif de la travailleuse qui allaite

Dans une seconde décision (juillet 2007), la Commission des lésions professionnelles conclut que les conditions de travail relatives aux affectations proposées par l'employeur (salle de triage, section ambulatoire du service de l'urgence et formatrice à la section des lits 1 à 7) à deux infirmières sont conformes à la LSST, car elles ne comportent pas de dangers physiques pour les travailleuses, ni pour leur enfant à naître. En effet, le tribunal rappelle que bien que l'élimination de tous les risques ne soit pas possible, la preuve prépondérante démontre que les risques demeurant présents sont négligeables et ne correspondent pas à la notion de « danger » prévue à l'article 40 de la LSST.

Les professionnelles en soins enceintes ou qui allaitent doivent être au fait de cette nouvelle tendance en matière d'affectation qui, malheureusement, amène de nouvelles difficultés. Dès qu'elles exerceront leur droit au RPTE ou au RPTA et que l'employeur proposera une affectation, elles devront redoubler de prudence et demander une évaluation exhaustive des nouvelles tâches afin de s'assurer de l'absence de danger.

Finalement, face aux décisions ayant pour objet l'affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite, il est primordial de rester vigilantes, de poser des questions, de s'informer, de ne pas demeurer dans l'incertitude et, plus que jamais, de faire des représentations auprès de l'employeur afin d'éviter des conséquences néfastes. La professionnelle en soins a le droit de vivre sa grossesse dans les meilleures conditions possibles et d'éviter des risques parfois difficiles à soupçonner. En outre, le caractère individuel de la demande de RPTE ou de RPTA fait en sorte que chaque cas est particulier et doit être analysé sous l'angle unique d'une travailleuse exerçant son droit.

Après tout, les professionnelles en soins enceintes ou qui allaitent n'ont pas à être les otages d'un réseau en manque de ressources en étant affectées à des tâches comportant des dangers. La FIQ demeure très soucieuse de la santé et de la sécurité de ses membres. ■

Marie-Julie Milord, conseillère
Secteur Santé et Sécurité du travail



Mesures particulières en Outaouais

En juin 2007, en raison de l'importante pénurie de main-d'œuvre sévissant dans la région, un statut particulier a été reconnu à l'Outaouais. Ainsi, le MSSS y a injecté une somme de près de 10 millions de dollars afin que des mesures novatrices soient prises.

LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS ET CARDIORESPIRATOIRES

Depuis plusieurs années, du fait de sa proximité et des conditions de travail y étant offertes, de nombreuses professionnelles en soins de l'Outaouais choisissent d'aller travailler en Ontario. Au cours de l'été et de l'automne 2007, la FIQ et ses syndicats affiliés, le MSSS ainsi que des partenaires régionaux ont travaillé à identifier des mesures qui permettraient le règlement de ces problèmes de rétention et d'attraction du personnel.

En ce sens, en novembre 2007, certains projets pilotes ont été mis sur pied au CSSS de Gatineau. Entre autres :

- compensation pour le travail de soir : la prime passant de 4 % à 12 % du salaire;
- compensation pour le travail de nuit : la prime pouvant atteindre 18 % du salaire selon l'ancienneté de la salariée;
- mise sur pied d'un programme de formation à l'intention des infirmières auxiliaires leur permettant d'accéder à la profession d'infirmière;
- octroi d'un montant forfaitaire d'installation de 3 000 \$ à l'intention des nouvelles professionnelles embauchées provenant de l'extérieur de la région;
- campagne de recrutement majeure;
- horaire de 12 heures avec participation volontaire : la bonification salariale étant de 7 %.

Comme l'implantation de ces projets pilotes en aménagement du temps de travail est récente, leurs impacts ne peuvent encore être évalués. À l'automne 2008, une analyse sera effectuée par les parties concernées.

Enfin, le MSSS a expliqué que ces mesures pourraient aussi être implantées dans les autres établissements de santé de la région. ■

Une nouvelle édition du Carnet de route à l'usage des professionnelles en soins enceintes ou qui allaitent sera disponible sous peu. Des exemplaires seront envoyés à toutes les équipes locales.