

23994

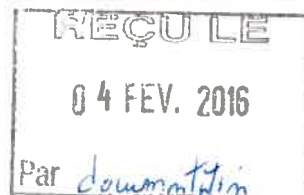
E37C54

A8

82-18

QLSE

Avis du Conseil des collèges
au ministre de l'Éducation
sur le rapport du Comité d'étude
sur la formation en sciences infirmières



No 82-18

360200
6882003

Conseil des collèges

Québec, le 16 mars 1982

**DIRECTION
DES COMMUNICATIONS**

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	p. 1
1. Les programmes de formation en sciences infirmières/ état de la situation.....	p. 6
2. Les besoins en matière de santé.....	p. 8
3. Le système de formation en sciences infirmières....	p. 10
3.1 La formation de base.....	p. 10
3.2 Le niveau de la formation de base.....	p. 12
3.3 La durée de la formation de base.....	p. 17
3.4 La formation clinique.....	p. 20
3.5 L'articulation entre le collège et l'univer- sité.....	p. 22
3.6 La formation continue.....	p. 24
4. La formation du personnel auxiliaire.....	p. 28
5. Recommandations.....	p. 31

Annexe

À NOTER

1) Afin d'alléger le texte

- le mot "infirmière" désigne également "infirmier"

- l'expression "Comité Rodger" désigne le Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières

2) Il faut entendre par formation de base la formation qui donne accès au permis d'exercice de la profession.

INTRODUCTION

Le ministre de l'Éducation sollicitait, en avril 1981, l'avis du Conseil des collèges et celui du Conseil des universités, sur les recommandations du Rapport Rodger sur la formation en sciences infirmières. Ce Comité d'étude avait été formé à l'été 1978 par le ministre de l'Éducation à la suite d'une recommandation du Conseil des universités "d'étudier la situation d'ensemble des programmes de formation en sciences infirmières au niveau postsecondaire, dans le but de préciser les objectifs des programmes en sciences infirmières à l'université par rapport aux programmes offerts aux collèges et aux besoins du marché du travail." (1) Le mandat confié au Comité présidé par madame Rodger comprenait trois parties:

- 1 - "analyser, commenter et au besoin, proposer des réformes en rapport avec le schéma général de formation en sciences infirmières aux niveaux tant collégial qu'universitaire, de façon à éviter les duplications et dans une perspective de réponse aux besoins de la société";
- 2 - "proposer les mesures propres à assurer une liaison mieux articulée entre la formation de niveau collégial et celle de niveau universitaire, distinguer les contenus et orientations de formation propres aux deux niveaux et traiter de la place des sciences infirmières

(1) Conseil des universités, Neuvième rapport annuel 1977-78, p.

à tous les niveaux ou cycles d'études universitaires";

- 3 - "souligner les orientations à privilégier dans l'avenir, en tenant compte des besoins du système de santé au Québec". (1)

Dans son rapport, déposé en juin 1980, le Comité d'étude brosse l'évolution de ces "écoles supérieures" d'infirmières de 1920 à "l'écheveau" actuel de programmes de formation et de perfectionnement en sciences infirmières: DEC professionnel et baccalauréat assurant en parallèle la formation de base et l'accès à la même profession avec le même examen; baccalauréats de perfectionnement et nombreux certificats de 1er cycle dupliquant souvent différents programmes courts offerts par les cégeps; programmes de maîtrise. Le Comité d'étude décrit ensuite les éléments de la problématique de formation en sciences infirmières dans le contexte québécois:

- les besoins de santé de la population et les nouvelles politiques du ministère des Affaires sociales en matière de santé;
- la structure organisationnelle des soins infirmiers, le problème du nombre d'intervenants, de la fragmentation des

(1) Cité par le Rapport du Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières, p. 6

soins et des guerres de territoire à propos des actes réservés;

- l'imbrication des niveaux secondaire, collégial et universitaire dans l'enseignement du nursing montrant une similitude des objectifs de formation d'un niveau à l'autre;
- les définitions de la pratique infirmière (1) et des milieux de pratique qui font ressortir deux niveaux d'exercice dont le degré de complexité varie selon l'approche utilisée par l'infirmière ainsi que le type et le milieu d'intervention;

(1) L'article 36 de la Loi des infirmières et infirmiers du Québec définit l'exercice de la profession comme suit:

"Constitue l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier tout acte qui a pour objet d'identifier les besoins de santé des personnes, de contribuer aux méthodes de diagnostic, de prodiguer et contrôler les soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation, ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance médicale".

Rapport du Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières, p. 81

- le problème des structures d'accueil et de formation en cours d'emploi;

- la nécessité d'une conception d'éducation permanente dans le domaine de la formation et du perfectionnement en nursing.

Le Comité Rodger en arrive à 28 recommandations qui touchent: 1) la formation de base, le niveau d'enseignement dont elle doit relever, son contenu; 2) la formation universitaire, les concentrations cliniques à développer à ce niveau et la "philosophie" de formation à privilégier; 3) la formation complémentaire (recyclage, perfectionnement) et ses rapports avec les niveaux d'enseignement; 4) les orientations à donner à la pratique infirmière, la délimitation des champs d'exercice, la réorganisation de l'équipe de soins, la mise en place des structures d'accueil et de programmes de formation en cours d'emploi.

Le Conseil des collèges est surtout concerné par les recommandations touchant la formation de base, l'articulation entre le collège et l'université et la formation continue. Sur ces points, le Comité Rodger propose:

- que le nouveau programme de base en soins infirmiers vise à former les infirmières soignantes qui prodigueront des soins à la majorité de la population;

- qu'il n'y ait qu'un seul programme de formation de base en soins infirmiers donnant accès à la profession, qu'il soit de niveau collégial et que sa durée soit de 4 ans;
- que le système de formation infirmière soit basé sur la philosophie d'éducation permanente et que les divers cours et programmes de formation complémentaire soient élaborés en tenant compte des niveaux de formation où l'enseignement régulier est dispensé.

Le Conseil des collèges et le Conseil des universités, dans un premier temps, ont convenu de conjuguer leurs efforts et d'analyser le rapport qui leur était soumis en regard des besoins et des politiques en santé, du système de distribution de soins et des différents champs de pratique infirmière. On retrouvera en annexe ce document sur lequel la Commission de l'enseignement professionnel et le Conseil des collèges s'appuient pour rendre un avis sur le système de formation en sciences infirmières et le rôle que doit y jouer le collège. Pour sa part, le Conseil des universités fournira un avis sur le rôle des universités en la même matière.

C'est lors de sa réunion du 16 mars dernier que le Conseil a étudié et adopté le présent avis en y intégrant substantiellement les commentaires et les recommandations de sa Commission de l'enseignement professionnel.

Dans la première partie, le Conseil fait ressortir quelques aspects qui lui apparaissent importants dans la problématique de la

formation en sciences infirmières. La deuxième partie de l'avis rappelle succinctement les besoins en matière de santé et la répartition des effectifs entre les milieux de pratique. Une troisième partie aborde les questions qui ont trait au système de formation, particulièrement au niveau de la formation de base. La quatrième partie traite brièvement de la formation du personnel auxiliaire oeuvrant dans le secteur des soins. Enfin, dans la dernière partie, le Conseil formule les recommandations qu'il adresse au ministre de l'Éducation en rapport avec le système de formation en sciences infirmières.

1 - Les programmes de formation en sciences infirmières - état de la situation

C'est plus particulièrement en 1976, avec la parution du Rapport final de l'Opération Sciences de la Santé et en 1977, avec le dépôt par quatre universités - Sherbrooke, UQAR, UQAC et UQAH - de projets de programme de baccalauréat en sciences infirmières que devait se poser de façon plus aiguë le problème de la formation en sciences infirmières. En effet, la formation de base, bien qu'offerte en majeure partie au secteur professionnel du niveau collégial, se voyait aussi dispensée dans trois universités pour les étudiants détenteurs d'un DEC général: Laval, Montréal et McGill. La formation de base s'offre donc ainsi à deux niveaux d'enseignement distincts pour une seule et même catégorie de professionnels. Les quatre nouveaux projets de baccalauréat soumis pour approbation et dont il est fait mention plus haut visaient spécifiquement à perfectionner les infirmières détentrices du DEC professionnel. Ces quatre nouveaux programmes de bacca-

lauréat de perfectionnement venaient s'ajouter à celui qu'offrait déjà l'UQTR et qui, lui aussi, visait au perfectionnement des infirmières. On se retrouve donc actuellement avec une quarantaine de cégeps offrant une formation de base à l'intérieur du DEC d'une durée de trois années, trois universités offrant aussi une formation de base à l'intérieur d'un baccalauréat d'une durée de trois années pour les détentrices du DEC général en santé et, enfin, cinq universités offrant un baccalauréat de perfectionnement de trois années s'adressant spécifiquement aux détentrices du DEC professionnel en sciences infirmières.

Ce relevé n'est toutefois pas exhaustif, puisque plusieurs cégeps et universités offrent en outre un certain nombre de programmes de certificats (environ 30 crédits) ou de baccalauréat portant sur des thèmes spécifiques, tels la psychiatrie, la gériatrie et s'adressant à des infirmières déjà diplômées soit par un DEC professionnel ou encore par un baccalauréat en sciences infirmières.

Ce qui frappe de prime abord et qui fait principalement l'objet d'interrogation, c'est l'existence d'un double niveau de formation de base pour donner accès à l'Ordre et permettre la pratique de la profession d'infirmières. Aussi, dans un premier temps, ce sur quoi il faut se pencher c'est sur la détermination d'un niveau de formation de base compte tenu des besoins de l'exercice de la profession et des moyens dont dispose notre société pour assurer la formation de ces professionnels. La réponse à cette question de niveau implique-t-elle qu'on ne conserve qu'un seul niveau de formation

de base et que, partant, on exclut l'autre, ne conservant ainsi qu'une voie d'accès à l'entrée dans la profession? Quelle doit être la durée de la formation de base? Par quels programmes assurera-t-on une formation élargie aux infirmières? Doit-on privilégier des orientations précises à ces programmes ou bien laisser les dynamismes institutionnels jouer?

Ce sont là quelques-unes des interrogations inhérentes au mandat que le ministre de l'Éducation confiait au Comité d'étude Rodger sur les sciences infirmières et pour lesquelles ce Comité apporte un certain nombre de réponses brièvement rapportées dans l'introduction du présent avis. Ces interrogations apparaissent au Conseil comme étant des aspects importants à clarifier. Quant aux réponses fournies par le Rapport Rodger, le Conseil s'applique, dans son avis, à les jauger en fonction des coûts économiques et sociaux qu'elles impliquent, du partage des responsabilités entre les niveaux de notre système d'enseignement et aussi de la nécessité de tenir compte des acquis antérieurs de formation. Le Conseil tient compte également dans l'examen de ces recommandations du Rapport Rodger du principe, maintes fois exprimé, d'une accessibilité plus grande à l'université pour les détenteurs d'un DEC professionnel.

2 - Les besoins en matière de santé

Le Rapport du Comité d'étude sur les sciences infirmières

comme les commentaires formulés sur ce rapport par le ministère des Affaires sociales, font nettement ressortir les grands objectifs que le Québec poursuit en matière de santé:

- promotion de la santé par une approche globale préventive autant que curative: à cet effet, création d'un réseau comprenant un éventail d'établissements à vocations mieux diversifiées - DSC, CLSC, CHSP, CHCD, (1) soins à domicile, animation en milieu scolaire;
- train de mesures favorisant l'accessibilité universelle à la plupart des services par un système de gratuité des soins.

Bien qu'au niveau du système des services de santé on constate la nette volonté de l'État d'orienter l'action des multiples intervenants vers la prévention de la maladie et vers la réadaptation en milieu extra hospitalier, il n'en demeure pas moins que le milieu hospitalier requerra encore la part la plus importante des services. En 1978-79, 83% des infirmières travaillaient en milieu institutionnel selon les statistiques de l'Ordre. Outre la prépondérance du milieu hos-

(1) DSC - Département de santé communautaire
CLSC - Centre local de santé communautaire
CHSP - Centre hospitalier de soins prolongés
CHCD - Centre hospitalier de courte durée

pitalier, le monde de la santé est particulièrement marqué par la fragmentation des soins et la surspécialisation des intervenants. Mais, parmi ceux-ci, les infirmières constituent le corps professionnel de la santé de loin le plus nombreux et le seul à dispenser ses services vingt-quatre (24) heures par jour et sept (7) jours par semaine à des individus, à des familles et à des groupes. En quelque sorte, l'infirmière, dans l'équipe de soins, joue un rôle charnière entre le client et les autres intervenants en santé surtout en milieu hospitalier.

3 - Le système de formation en sciences infirmières

3.1 La formation de base

En premier lieu, dans le but d'abolir la duplication existante entre les programmes de niveau collégial et du premier cycle universitaire et de favoriser l'accès à des études supérieures, le rapport Rodger recommande que la philosophie de l'éducation permanente constitue le principe intégrateur du système de formation en sciences infirmières.

Le Conseil des collèges appuie fortement cette proposition. Comme il le signalait dans son rapport annuel, le système d'enseignement doit répondre aux besoins des étudiants et à ce titre aucune formation ne peut être considérée comme terminale. Tous ceux qui le veulent et qui le peuvent devraient pouvoir pousser plus avant

leur formation, sans être paralysés par des systèmes coûteux de préalables ou de répétitions. Par ailleurs, le Conseil croit que tout le système d'éducation devrait se fonder sur ce principe et non seulement le système de formation infirmière.

Suite à quoi, le Comité Rodger distingue la formation de base donnant accès à la profession de la formation continue. Il affirme qu'elle doit viser à former des infirmières soignantes qui prodigueront des soins à la majorité de la population en milieu curatif et de réadaptation.

L'étude des différentes fonctions, des activités variées et des tâches multiples attribuées normalement aux infirmières démontre que les soins donnés à un individu selon la démarche scientifique pour l'aider à recouvrer la santé ou à la maintenir constituent la base de la pratique infirmière. Il importe donc que les objectifs de la formation de base soient orientés vers l'atteinte des compétences nécessaires à ce rôle. Cette formation doit également être polyvalente car, appelée à dispenser des soins à une grande variété de clientèles et dans divers champs d'activités, l'infirmière est d'abord une généraliste des soins de santé. De plus, en matière de santé, les études de projection des besoins de la population pour la décennie 1990 indiquent que les soins infirmiers devront s'orienter vers les soins aux personnes âgées et aux malades chroniques qui consommeraient en-

viron 49% au total des journées d'hospitalisation, sans négliger pour autant les soins curatifs et les activités dirigées vers la promotion de la santé.

D'autre part, pour assurer la continuité et la globalité des soins à la population telle que le garantit la Loi sur les services de santé et les services sociaux, l'infirmière doit travailler en équipe avec d'autres professionnels. Et dans la société de plus en plus technologique qui est la nôtre, la nécessité de rafraîchir et d'actualiser les compétences s'impose à l'infirmière comme à tous les professionnels si elle veut assurer un service de qualité. Ces attitudes doivent donc également être développées au cours de la formation.

À la lumière de ces différents facteurs, le Conseil des collègues, de concert avec le Comité Rodger, estime que le programme de formation de base en soins infirmiers doit viser à former des infirmières soignantes généralistes capables de prodiguer des soins à la majorité de la population, particulièrement en milieu curatif et de réadaptation. Il considère d'autre part comme essentiel que les infirmières soient aptes à travailler en équipe et capables de conserver leurs compétences.

3.2 Le niveau de la formation de base

Le Conseil des collègues partage totalement l'avis du Comité Rodger qui affirme que le niveau collégial soit le

seul à dispenser la formation de base en soins infirmiers.

Le Comité Rodger appuie sa proposition sur le fait que le réseau collégial avec quarante-deux institutions disséminées à travers toute la province offrant le programme, permet d'une part, une plus grande accessibilité à cette formation et d'autre part, de produire suffisamment de main-d'oeuvre pour répondre aux besoins des diverses régions du Québec. De plus, souligne-t-il, la situation actuelle révélant des lacunes au niveau de la formation pédagogique des professeurs des soins infirmiers, le recyclage et le perfectionnement des professeurs de niveau collégial est réalisable dans les prochaines années.

Outre ces raisons, le Conseil des collèges fonde sa position sur les réalisations du réseau collégial en enseignement des soins infirmiers depuis 1967. Celles-ci démontrent la capacité du réseau d'assumer la formation des infirmières soignantes et d'adapter celle-ci à l'évolution du système de distribution de soins et des besoins de santé de la population.

- . Notons tout d'abord que suite à une recommandation de la Commission royale d'enquête sur l'enseignement, le réseau collégial a su mettre en place les mécanismes et les structures adéquats de formation en plus de composer les équipes professorales néces-

saires à l'intégration des écoles traditionnelles des infirmières des hôpitaux et cela très rapidement soit de 1967 à 1970. Depuis lors, les collèges ont formé au-delà de 25,000 infirmières et la pénurie de ce personnel qui existait en 1967 dans plusieurs régions du Québec a été comblée.

- . On peut constater également que les principes sous-tendant le programme collégial en soins infirmiers reposent sur les concepts éducatifs soulignés dans le rapport de la Commission royale d'enquête sur l'enseignement et dans le projet de politique du gouvernement à l'égard des cégeps (formation générale, développement du plein potentiel des étudiants, polyvalence) et sur la pratique infirmière elle-même basée sur la politique québécoise de santé (globalité des soins, aspect santé et prévention, assises scientifiques...). Par ailleurs, dès 1968, le ministère de l'Éducation reconnaissait que tout programme en soins infirmiers devait reposer d'abord sur l'évolution et la recherche en soins infirmiers plutôt que sur l'évolution des sciences médicales. Enfin, un programme cadre imposé à tous les collèges garantit le respect des exigences minimales de formation.
- . D'autre part, on peut observer que les collèges répondent également aux besoins des infirmières-auxiliaires désirant devenir infirmières. Un programme

particulier leur est offert dans quatre collèges.

- De plus, on peut remarquer que le ministère de l'Éducation a établi une mécanique souple pour évaluer et réviser les programmes de façon à les adapter aux divers changements intervenant dans leur secteur socio-économique. Le programme des soins infirmiers, grâce à ce mécanisme, a été révisé maintes fois et refondu en octobre 1981 pour répondre aux nouveaux besoins de santé de la population. Dans le cadre de cette étude, le ministère des Affaires sociales, les institutions de santé et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec furent consultés en plus des professeurs et des administrateurs pédagogiques des collèges.
- Enfin, on peut souligner tout le dynamisme démontré par les collèges et en particulier par les professeurs des techniques infirmières pour améliorer le programme et la qualité de leur enseignement; ainsi plusieurs départements des techniques infirmières sont engagés dans une démarche d'analyse institutionnelle de leur enseignement, d'autres organisent pour leurs professeurs des sessions d'études sur les diverses composantes d'un programme intégré de formation en soins infirmiers, enfin on peut observer que les professeurs en soins infirmiers utilisent de plus en plus des méthodes pédagogiques impliquant activement les étudiantes dans leur démarche de formation.

En second lieu, le Conseil des collèges tient à rappeler la politique du gouvernement à l'égard de l'enseignement professionnel dispensé dans les collèges. L'État indique clairement que cet enseignement se caractérise d'une part, par l'importance de la formation fondamentale et l'épanouissement intégral des individus et d'autre part, par la préparation d'une main-d'oeuvre de niveau technologique qualifiée capable de répondre aux divers besoins du Québec et même d'en favoriser le progrès. (1)

Par ailleurs, au sujet de la formation de base en soins infirmiers qui est dispensée tant au niveau collégial qu'au niveau du premier cycle universitaire et qui conduit à la même pratique, il devient urgent de corriger la situation. Car en plus d'être un luxe coûteux du système d'éducation, le Conseil des collèges considère qu'il y aurait avantage pour le Québec et le secteur des soins infirmiers que l'université réponde adéquatement aux besoins de formation des infirmières qui désirent s'orienter vers l'enseignement, l'administration et la recherche en soins infirmiers ou se spécialiser dans certains champs cliniques et en santé communautaire.

(1) Ministère de l'Éducation, Les collèges du Québec, Nouvelle étape. Projet du gouvernement à l'endroit des CÉGEP, Éditeur officiel du Québec, 1978, p. 65.

D'autre part, le Conseil des collèges ne croit pas opportun de hausser les exigences de formation des infirmières compte tenu des objectifs de la formation de base et cela malgré les assertions de certains groupes qui affirment qu'un enseignement de niveau universitaire est le seul moyen de garantir des services de qualité à la population. Il en résulterait plutôt une dépréciation de la valeur des diplômes du système d'enseignement. Également, de concert avec l'Office des professions, le Conseil croit que ceci réduirait le nombre de candidates à l'admission à cette formation ce qui entraînerait, par la suite, une diminution de l'offre de services à la population.

Enfin, le Conseil des collèges souligne que cette position de consacrer le niveau collégial comme lieu de la formation de base donnant accès à la profession, n'est pas unique au Québec. En effet, plusieurs provinces canadiennes et états américains ont également estimé que le niveau collégial était suffisant pour la formation des infirmières soignantes généralistes. Ils appuient leur position sur le principe de l'éducation postsecondaire selon lequel la responsabilité des institutions d'enseignement n'est pas de former des "produits finis" mais bien des diplômés aptes à entrer sur le marché du travail et à poursuivre leur formation soit en cours d'emploi, soit par des cours de formation continue.

3.3 La durée de la formation de base

Le Comité Rodger souligne les difficultés qu'éprouvent

les étudiantes durant leurs études collégiales à développer les habiletés techniques et les attitudes nécessaires à l'exercice de la profession infirmière, même si le programme actuel des techniques infirmières semble contenir les connaissances nécessaires à la pratique infirmière. Ces difficultés seraient le résultat de lacunes au niveau de l'intégration des connaissances, de la coordination entre les différents contenus de cours, de la précision du concept des soins infirmiers et du fait que les professeurs privilégient le transfert de connaissances au détriment d'une formation globale. De plus, une durée insuffisante de la formation clinique et une mauvaise utilisation des 945 heures dévolues présentement à cette formation ne faciliteraient pas le développement de comportements professionnels indispensables à leur insertion dans leur milieu de travail.

Pour corriger ces lacunes et compte tenu de l'évolution des connaissances en soins infirmiers et de la nécessité de fournir aux étudiantes les assises scientifiques qui leur permettront de poursuivre leur formation, le Comité Rodger propose que le nouveau programme collégial s'échelonne sur une période de quatre ans au lieu de trois ans.

Le Comité Rodger souligne ainsi que les lacunes du programme actuel résultent d'un manque d'intégration et de progression des apprentissages. Le Conseil con-

sidère donc qu'un réaménagement des connaissances selon ces principes éliminerait davantage les carences identifiées plutôt qu'un prolongement des études et faciliterait l'apprentissage des étudiants.

D'autre part, vu la somme presque sans limite des connaissances disponibles et la grande variété de cas cliniques qu'affrontent les infirmières dans leur pratique, il est illusoire de croire qu'une augmentation des connaissances scientifiques et des stages cliniques est la solution. Le Conseil des collègues estime au contraire que le nouveau programme devrait être élaboré selon de nouveaux principes qui élimineraient la division traditionnelle entre les connaissances théoriques et les connaissances cliniques. Le programme devrait chercher à développer chez les infirmières des aptitudes selon lesquelles, devant tout problème de santé, à partir des connaissances et des habiletés acquises, elles se poseraient des questions, rechercheraient les renseignements et trouveraient les solutions à apporter. Ce processus aurait en outre l'avantage d'inciter les infirmières à augmenter leurs connaissances et à étudier tout au long de leur carrière professionnelle.

Enfin, un nouveau programme en soins infirmiers, d'une durée de trois ans, basé principalement sur les principes éducatifs énumérés précédemment sera offert à titre expérimental dans trois collèges en septembre

1982. Il devient important d'attendre les résultats de cette expérience avant de procéder à un allongement notable du programme.

Pour toutes ces raisons, le Conseil des collèges, juge que le nouveau programme de formation de base ne doit pas s'échelonner sur une période de quatre ans tel que le propose le Comité Rodger. Il estime cependant, que le programme collégial doit être révisé et modifié de façon à tenir compte des principes d'intégration et de progression des apprentissages et d'un processus éducationnel orienté vers l'application de connaissances théoriques à la résolution de problèmes concrets.

3.4 La formation clinique

Les stages cliniques constituent une partie intégrante de la formation de base en soins infirmiers et le Comité Rodger a jugé à propos de porter une attention toute particulière à leur organisation. Le Conseil des collèges croit lui aussi que le choix des expériences cliniques doit tenir compte des problèmes courants de santé de la population car considérant le stage clinique comme une formule pédagogique, leur pertinence repose sur la possibilité de fournir aux étudiantes des expériences concrètes leur permettant d'atteindre leurs objectifs de formation.

Également, le Conseil a souligné dans plusieurs avis

antérieurs que les stages cliniques n'étaient pas des périodes d'initiation au marché du travail. Il appuie donc fortement la recommandation du Comité Rodger qui préconise que les milieux d'emploi assument leur responsabilité d'établir des structures d'accueil suffisantes et de prévoir un encadrement pour toute nouvelle infirmière.

Cependant, le Conseil considère que la planification et la réalisation des stages relèvent conjointement des institutions d'enseignement et des institutions de santé et que seules celles-ci peuvent trouver les solutions pour améliorer l'efficacité et la qualité des stages. Et comme le fait remarquer l'O.C.D.E.:

"Pour préparer les étudiants à prendre leur place dans toute la gamme des soins de santé, il leur faut donner la possibilité d'acquérir en commun certaines expériences dans ce domaine. Seules, les instances et les administrations locales sont en mesure de leur offrir le cadre où ils pourront acquérir cette formation et de mettre en jeu l'interaction souhaitable entre professeurs, étudiants et praticiens... Les établissements qui fonctionnent à cet échelon devraient mettre au point les mécanismes propres à mettre en oeuvre cette action commune."(1)

(1) Centre pour la recherche et l'innovation dans l'enseignement, La formation aux professions de santé: nouvelles orientations adaptées à l'évolution des systèmes de soins, O.C.D.E., Paris, 1975, p. 22-23.

C'est pourquoi le Conseil recommande au ministre de l'Éducation que de nouvelles formes de collaboration et de nouvelles modalités de fonctionnement, tant au niveau local que régional, s'établissent entre les collèges et les institutions de soins pour la planification et la réalisation conjointes des objectifs de formation clinique.

Enfin, le Conseil invite les collèges à organiser des stages favorisant le travail en équipe. Car pour être complets et efficaces, les soins de santé reposent sur une approche globale et multidisciplinaire. Les infirmières et tous les professionnels de l'équipe de santé doivent donc apprendre à travailler à l'atteinte d'un objectif commun, à communiquer entre eux et à partager des responsabilités.

3.5 L'articulation entre le collège et l'université

Dans un système scolaire basé sur le principe d'éducation permanente, il convient de s'arrêter à la question de l'articulation entre la formation de base et la formation de niveau supérieur. La formation de base dans un tel système, se définit dans la perspective de possibilités supplémentaires d'études ou de formation qui la compléteraient. À cet effet, il est important que l'infirmière qui en éprouve le besoin, soit pour assumer certaines fonctions spécialisées, soit pour orienter sa carrière vers un autre secteur

des soins infirmiers tel l'enseignement, l'encadrement administratif ou simplement par intérêt personnel, puisse poursuivre sa formation en continuité avec ses acquis antérieurs et en les valorisant au maximum.

Cependant, malgré la réforme de l'enseignement qui suivit le Rapport Parent (1) et qui devait faciliter l'accès à l'enseignement supérieur et surtout dégager le cul-de-sac de l'enseignement public qui rendait difficile l'accès au premier cycle universitaire, nous observons, selon les données statistiques de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (O.I.I.Q.) que peu d'infirmières (9.4%) possèdent une formation universitaire. Ce serait dû encore, selon le Comité Rodger, à la difficulté que les infirmières rencontrent à s'inscrire à l'université:

"Là où l'enseignement régulier n'offre pas à l'infirmière la possibilité d'avoir accès à des études de premier cycle universitaire, un "enseignement parallèle" s'est développé pour répondre aux besoins ressentis par les infirmières. On se re-

(1) Rapport de la Commission royale d'enquête sur l'enseignement dans la province de Québec, Gouvernement de la province de Québec, 1964, Tome I.

trouve maintenant dans une situation telle que près de 1 500 étudiants sont actuellement inscrits aux certificats en nursing de la Faculté d'éducation permanente de l'université de Montréal. Les certificats universitaires semblent être actuellement pour les infirmières diplômées, les seuls moyens détournés à utiliser pour finalement atteindre le baccalauréat dans certaines universités." (1)

C'est pourquoi le Conseil des collèges recommande au ministre de l'Éducation que les détentrices d'un diplôme d'études collégiales en techniques infirmières accèdent directement au premier cycle universitaire en sciences infirmières et que les universités facilitent à ces diplômées l'accès aux autres programmes universitaires de premier cycle.

3.6 La formation continue

La formation continue est une composante essentielle de la structure d'un système d'éducation basé sur le concept d'éducation permanente. Pour maintenir la

(1) Cité par le Rapport du Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières, p. 76

qualité des soins infirmiers, les infirmières ont besoin d'une mise à jour régulière de leurs connaissances que ce soit en vue de compenser la désuétude rapide des savoirs soit pour occuper de nouvelles fonctions ou tout simplement pour s'adapter aux nouveaux modes de distribution de soins.

La formation continue est donc celle qui s'acquiert après la formation de base et qui permet de conserver un haut niveau de compétence, de se spécialiser et finalement d'obtenir des diplômes supérieurs. Elle est une composante majeure de la pratique infirmière et elle est indissociable du plan de carrière de l'infirmière, car son objectif ultime est le maintien ou l'amélioration de la qualité des soins infirmiers prodigués aux individus.

Toutefois, il faut demeurer vigilant et éviter le piège de confondre formation continue et école à perpétuité. Ainsi la formation continue, pour répondre aux divers besoins des infirmières, peut exploiter diverses voies éducatives soit celles offertes par le système formel de l'éducation (collèges, universités), soit celles offertes par d'autres institutions sociales telles que les milieux d'emploi et les médias d'information.

La formation continue ne doit cependant pas constituer le seul moyen de progresser dans la carrière profes-

sionnelle. L'avancement dans la profession doit plutôt être subordonné aux tâches fondamentales de la profession et, dans ce cas-ci, à la dispensation des soins infirmiers.

De plus, le développement d'activités de formation continue ne doit pas être un facteur de hiérarchisation du système de soins où les infirmières qui possèdent une formation plus poussée se déchargent de certaines tâches considérées comme moins gratifiantes. Au contraire, il doit permettre d'attribuer aux infirmières un éventail plus vaste de responsabilités leur permettant d'exercer toutes leurs capacités et leurs aptitudes. Dans le cas contraire, on risque de reproduire la fragmentation des soins, situation que le Comité Rodger déplore avec justesse et veut corriger au nom des besoins de la population.

Et même la formation universitaire de premier cycle en sciences infirmières qui prépare particulièrement l'infirmière à l'occupation de certains postes ne doit pas être la seule voie d'accès à ces postes.

Pour toutes ces raisons, le Conseil des collèges est en désaccord avec les recommandations du Comité Rodger qui préconisent que:

"Compte tenu des différents niveaux de l'exercice de la profession infirmière, que des champs d'ex-

exercice soient déterminés par la profession infirmière et que des mécanismes de régulation de cet exercice soient mis en place." (page 124)

"Les infirmières assurant l'encadrement administratif de soins infirmiers détiennent un premier cycle universitaire et que dans le cas du directeur de soins infirmiers, un deuxième cycle soit exigé." (page 127)

Le Conseil appuie cependant leur position qui affirme comme principe à la base du partage des responsabilités entre les divers niveaux d'enseignement continu "que tout cours ou programme soit organisé en tenant compte des niveaux de formation où l'enseignement régulier est dispensé". (1). Le Conseil reconnaît ainsi aux collèges la responsabilité des activités de mise à jour des connaissances, de recyclage et de perfectionnement technique. Quand aux activités d'approfondissement des connaissances fondamentales, de spécialisation, de santé communautaire et celles traitant de la gestion des services infirmiers elles seraient dévolues aux universités.

(1) Rapport du Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières, p. 117

Toutefois, le Conseil considère que la mise à jour des connaissances revient d'abord aux milieux de travail et que certaines formations s'acquièrent mieux en cours d'emploi. À cet égard, il souhaite que les employeurs et les syndicats assument davantage leurs responsabilités en faisant appel, s'il y a lieu, aux ressources collégiales et universitaires.

Enfin, à l'inquiétude manifestée par le Comité Rodger devant l'éparpillement et le manque de coordination des activités de formation complémentaire, le Conseil des collèges ne croit pas utile de refaire des études et de publier des rapports. Au contraire, comme la Commission d'étude sur la formation des adultes vient d'achever ses travaux, le Conseil considère que c'est le moment opportun pour tous les intervenants engagés en formation continue des infirmières de se concerter et de se coordonner. Les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux, par leur responsabilité sur le plan de l'évaluation et de la régulation des services dispensés sur leur territoire, paraissent des lieux tout désignés pour ces initiatives de concertation et de coordination régionales.

4 - La formation du personnel auxiliaire

Le Comité Rodger critique à plusieurs reprises la fragmentation des soins causée par un trop grand nombre d'intervenants auprès du patient. Il suggère de remplacer le modèle actuel

qui regroupe trois catégories de travailleurs en soins infirmiers (préposés, infirmières-auxiliaires et infirmières) par un modèle ne comportant que deux catégories (préposés et infirmières soignantes).

Il élimine donc les infirmières-auxiliaires sous prétexte qu'arrivant trop jeunes sur le marché du travail elles manquent de maturité. De plus, ce groupe de professionnel constitué durant la période de l'après-guerre où il y avait pénurie d'infirmières ne serait aujourd'hui plus nécessaire.

Les infirmières-auxiliaires sont reconnues par le Code des professions comme un groupe professionnel à titre réservé dont les membres peuvent dispenser les soins infirmiers que requiert le traitement des malades. De plus, en juin 1980, le législateur reconfirmait la pertinence de ce groupe professionnel en les autorisant à exécuter certains actes infirmiers et à participer à certains actes médicaux. Cependant, ce même législateur n'a pas défini la profession comme telle mais a simplement indiqué qu'elle relevait du champ des soins infirmiers. D'autre part, l'infirmière-auxiliaire n'a pas un rôle clairement identifié sur le marché du travail; les uns la considèrent comme une auxiliaire en soins, d'autres comme une infirmière responsable de soins complets auprès des patients.

Un programme de formation pour les infirmières-auxiliaires est offert au niveau secondaire. Ce programme devait à l'origine permettre de travailler auprès de clientèles diversi-

fiées de tout âge. Par ce programme, on espérait également diminuer l'embauche de personnel sans formation appelé à travailler auprès des patients, ce qui ne s'est toutefois pas réalisé. Cependant, des changements importants sont imminents dans les programmes professionnels du niveau secondaire. La formation professionnelle débiterait à la fin du secondaire V. De plus, un nouveau programme spécialisé en puériculture est en élaboration et devrait débiter en septembre 1982, entrant en contradiction avec les objectifs de polyvalence du programme des infirmières-auxiliaires.

D'autre part, les services d'éducation aux adultes de plusieurs institutions d'enseignement dispensent des programmes de formation pour les préposés aux bénéficiaires et pour les auxiliaires familiales des services à domicile.

À la lumière de ces données, le Conseil des collèges reconnaît la nécessité de cette catégorie de personnel infirmier et rejette la recommandation du Comité Rodger visant à éliminer les infirmières-auxiliaires. Le Conseil est également d'avis que ce personnel devrait recevoir une formation polyvalente compte tenu qu'il intervient auprès de patients dans différents milieux. Cependant, il s'interroge sur le bien-fondé des différents programmes spécialisés et "pointus" non polyvalents que le ministère de l'Éducation développe pour d'autres catégories de personnel auxiliaire, entre autres pour les puéricultrices, d'autant plus que les institutions de soins tentent de réduire le nombre de catégories de personnel auxiliaire.

5 - RECOMMANDATIONS

Recommandation 1

- . Considérant que la philosophie de l'éducation permanente devrait constituer le principe intégrateur du système scolaire québécois;
- . Considérant la nécessité d'abolir la duplication existante entre le niveau collégial et le niveau universitaire de premier cycle relativement à la formation de base en soins infirmiers;
- . Considérant que c'est aux collèges que le Québec a confié le soin d'assurer la formation des infirmières soignantes lors du transfert de cette formation des écoles hospitalières au système éducatif;
- . Considérant la qualité de l'expérience acquise par les collègues depuis 1967 en enseignement des soins infirmiers;
- . Considérant le fait que la majorité des provinces canadiennes et des états américains privilégie le niveau collégial ou le niveau équivalent comme lieu de formation de base des infirmières.

Le Conseil des collèges appuie la position du Comité Rodger et recommande au ministre de l'Éducation que le niveau collégial devienne le seul à dispenser la forma-

mation de base en soins infirmiers qui donne accès au permis d'exercice de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, et qu'en conséquence le règlement découlant de l'article 184 du Code des professions portant sur les diplômes donnant accès au permis d'exercice de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec soit amendé.

Recommandation 2

D'une part,

- . Considérant l'impact de la nouvelle politique socio-sanitaire du Québec sur les fonctions de travail des infirmières qui travaillent non seulement à l'amélioration de la santé et à la prévention de la maladie, mais également au maintien et à la promotion de la santé;
- . Considérant que les tendances futures laissent présager le maintien d'un fort pourcentage d'infirmières travaillant surtout en milieu curatif et de réadaptation en raison entre autres du vieillissement de la population québécoise;
- . Considérant que les nouvelles finalités de continuité et de globalité des soins du système de santé obligent les professionnels de la santé à travailler en équipe;
- . Considérant que les infirmières doivent assurer la protection du public dans leur pratique journalière;

D'autre part,

- Considérant que le programme des techniques infirmières doit permettre d'acquérir les compétences de base nécessaires à l'évolution de la pratique infirmière;
- Considérant que l'évaluation du programme actuel des techniques infirmières souligne qu'il existe des lacunes particulièrement au niveau de l'organisation de l'apprentissage et de la méthodologie d'enseignement;
- Considérant qu'un programme basé sur le concept d'éducation permanente doit permettre aux étudiants d'acquérir non seulement les compétences professionnelles de base mais également un degré d'autonomie nécessaire à leur formation ultérieure;
- Considérant enfin que l'enseignement des compétences additionnelles requises pour le travail auprès des collectivités, pour l'enseignement professionnel, pour l'encadrement clinique et pour la dispensation de soins spécialisés et ultra-spécialisés, relève d'un niveau supérieur de formation.

Le Conseil des collègues recommande au ministre de l'Éducation:

- que le programme des techniques infirmières fasse l'objet d'une refonte complète tenant compte des principes d'intégration et de progression des appren-

tissages et d'un processus éducationnel orienté vers l'application de connaissances théoriques à la résolution de problèmes concrets;

- que le nouveau programme de niveau collégial vise à former des infirmières soignantes généralistes capables de prodiguer des soins à la majorité de la population, particulièrement en milieu curatif et de réadaptation et des infirmières capables de travailler en équipe et en mesure de s'adapter à l'évolution constante des connaissances en soins infirmiers tout au long de leur carrière professionnelle;
- que le niveau universitaire en continuité avec le niveau collégial assume la formation pour le travail auprès des collectivités, l'encadrement clinique, l'enseignement professionnel des soins infirmiers et les spécialisations cliniques.

Recommandation 3

- Considérant qu'une des grandes faiblesses du programme actuel des techniques infirmières, maintes fois signalée par le ministère des Affaires sociales et les institutions de soins, est la formation clinique des étudiantes;
- Considérant que la pertinence des stages cliniques en soins infirmiers repose principalement sur la possibilité de

fournir aux étudiantes des expériences concrètes leur permettant l'apprentissage des habiletés techniques, l'acquisition des comportements professionnels, le développement des qualités d'observation et de prise de décision;

- . Considérant que la planification et la réalisation des stages cliniques ne relèvent pas seulement des institutions d'enseignement mais également des institutions de santé et que malgré l'entente intervenue entre le ministère de l'Éducation et le ministère des Affaires sociales relative aux stages, un véritable processus de concertation ne s'est pas encore développé entre les différents milieux de soins et d'enseignement.

Le Conseil des collèges recommande au ministre de l'Éducation que de nouvelles formes de collaboration et de nouvelles modalités de fonctionnement, tant au niveau local que régional, s'établissent entre les collèges et les institutions de soins pour la planification et la réalisation conjointes des objectifs de formation clinique.

Recommandation 4

- . Considérant que le rôle de tout niveau d'enseignement est le développement de l'individu et qu'à ce titre le niveau collégial n'a pas à répondre aux besoins particuliers des milieux de travail mais doit former des généralistes aptes à entrer sur le marché du travail;

- Considérant d'autre part, qu'il revient aux milieux de travail d'intégrer toute nouvelle finissante, d'adapter celle-ci à son nouvel emploi et à tout nouvel emploi et veiller à la mise à jour de ses compétences.

Le Conseil des collèges appuie la position du Comité Rodger et recommande au ministre de l'Éducation que des structures d'accueil et des programmes de formation en cours d'emploi soient disponibles pour les infirmières.

Recommandation 5

- Considérant la nécessité de favoriser l'accessibilité des infirmières au premier cycle universitaire et d'enlever les obstacles qu'elles rencontrent à l'admission;
- Considérant les avantages pour les étudiants d'un continuum de formation entre le collège professionnel et le premier cycle universitaire dont la reconnaissance des acquis;
- Considérant que le niveau collégial, par ses objectifs de formation fondamentale de l'individu, vise à développer chez tous les étudiants les mêmes habiletés d'ordre intellectuel, affectif et social.

Le Conseil des collèges recommande au ministre de l'Éducation que les détenteurs d'un diplôme d'études collégiales en techniques infirmières accèdent directement

au premier cycle universitaire en sciences infirmières et que les universités facilitent à ces diplômées l'accès aux autres programmes universitaires de premier cycle.

Recommandation 6

- Considérant que le système de distribution des soins requiert du personnel auxiliaire pour effectuer un certain nombre de soins de base aux patients;
- Considérant la grande confusion qui existe entre les différentes catégories du personnel auxiliaire en soins;
- Considérant les besoins spécifiques de formation du personnel auxiliaire;
- Considérant que le rôle de tout niveau d'enseignement est le développement de l'individu et qu'il revient aux milieux de travail d'intégrer tout nouveau finissant, d'adapter celui-ci à son nouvel emploi et de veiller à la mise à jour de ses compétences.

Le Conseil des collèges recommande au ministre de l'Éducation:

- que le ministère de l'Éducation en collaboration avec le ministère des Affaires sociales fasse le point sur les besoins réels de formation du personnel auxiliai-

re oeuvrant dans les institutions de soins et sur les diverses formations offertes présentement à cette clientèle dans les établissements d'enseignement;

- que le niveau secondaire dispense la formation professionnelle requise;
- que des structures d'accueil et des programmes de formation en cours d'emploi soient disponibles pour le personnel auxiliaire en soins.

Recommandation 7

- Considérant que le personnel auxiliaire doit pouvoir accéder à des études postsecondaires;
- Considérant l'objectif d'accessibilité des collèges, maintes fois affirmé par le Conseil.

Le Conseil des collèges recommande au ministre de l'Éducation que les collèges facilitent à cette clientèle l'admission à leurs programmes en développant des modalités d'enseignement qui tiennent compte de leur condition d'étudiants adultes et de leurs acquis antérieurs.

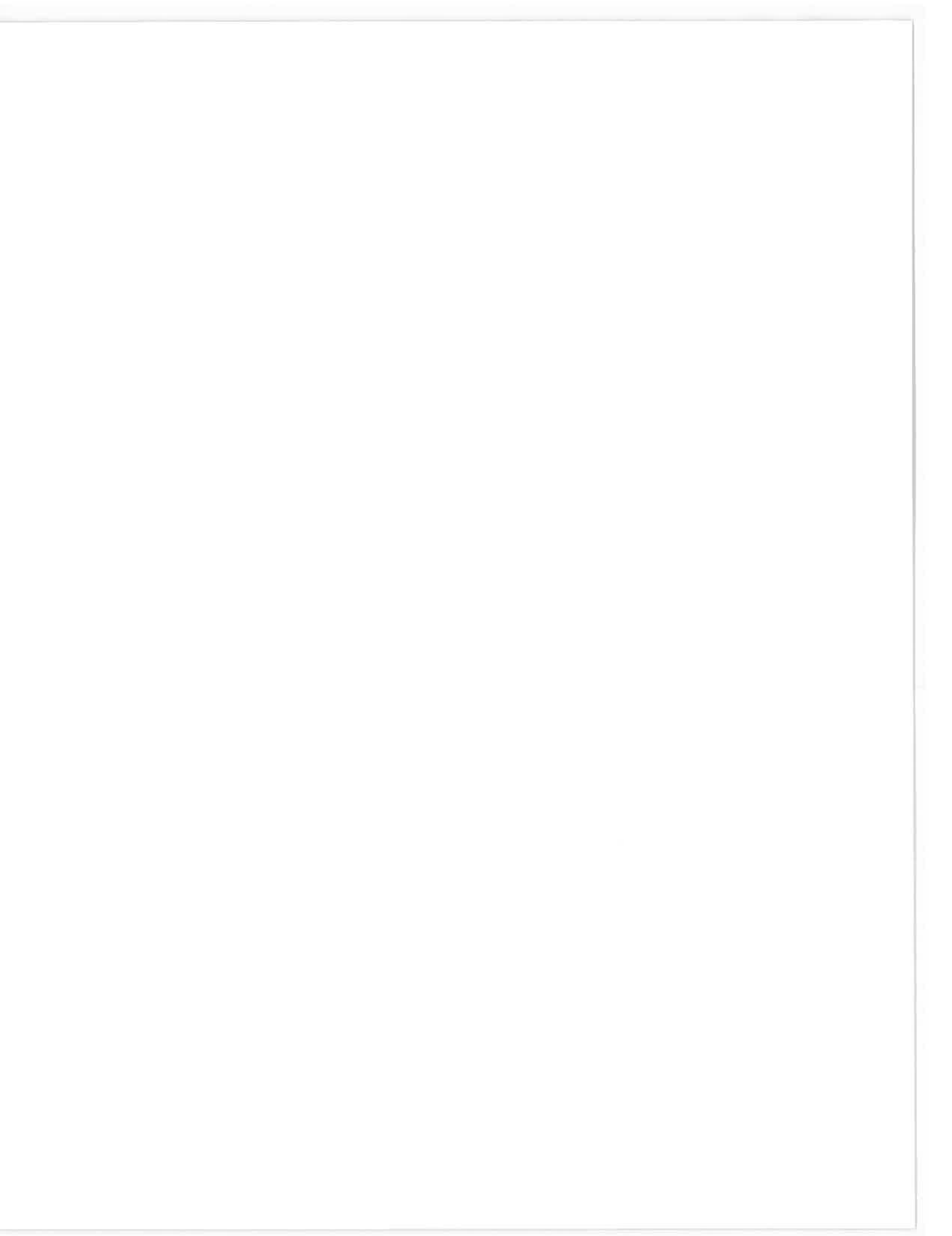
LE SYSTÈME DE DISTRIBUTION DE SOINS
ET LA PRATIQUE INFIRMIÈRE AU QUÉBEC

(Document-annexe)

Mars 1982

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Page</u>
AVANT-PROPOS.....	1
1. Le système de distribution de soins.....	2
1.1 Les besoins en santé.....	2
1.2 La politique de santé.....	10
1.3 Les orientations actuelles du ministère des Affaires sociales.....	17
2. La pratique infirmière.....	25
2.1 Le statut légal de la pratique infirmière.....	25
2.2 La composition de l'équipe de soins infirmiers.....	28
2.3 Le milieu de travail.....	31
2.4 Le niveau actuel de formation.....	41
2.5 Le rôle de l'infirmière.....	48
CONCLUSION.....	62
ANNEXES.....	66
BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE.....	87



AVANT-PROPOS

Afin de répondre d'une façon adéquate au mandat qui leur a été transmis par le ministre de l'Éducation, soit de préparer un avis sur le Rapport du Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières, le Conseil des collèges et le Conseil des universités ont convenu d'effectuer une analyse conjointe en raison des problèmes particuliers soulevés par la coordination et le partage des responsabilités entre les deux niveaux de formation.

Cette démarche a favorisé une même approche par l'élaboration d'une problématique commune et la coordination au niveau des orientations à promouvoir entre les différents niveaux d'enseignement.

Nous vous présentons donc, ici, un résumé de la problématique retenue dont les principaux éléments sont la politique de santé, le système de distribution de soins et la pratique infirmière. Ce texte conjoint ne se prétend pas exhaustif, mais tente avant tout de dégager les principales composantes permettant d'orienter la réflexion sur la qualité de la formation à promouvoir en sciences infirmières.

À la suite de cette analyse, le Conseil des collèges et le Conseil des universités ont procédé à la rédaction de leur avis respectif.

Note: Dans le texte, le mot "infirmière" désigne également les infirmiers

1. LE SYSTÈME DE DISTRIBUTION DE SOINS:

1.1 Les besoins en santé:

Pour définir l'état de santé des québécois, le Comité ⁽¹⁾ (à partir des données du Rapport Lalonde) se réfère d'abord à des indicateurs indirects de santé: l'espérance de vie, le taux de mortalité et la morbidité.

1.1.1 Les indicateurs indirects de santé:

Au niveau démographique, l'une des caractéristiques des dernières années est le vieillissement de la population. Cette donnée constitue l'une des principales variables dans l'orientation que doit prendre le système de distribution de soins au cours des prochaines années, puisqu'elle a un impact certain sur la demande en lits hospitaliers:

"Dans l'ensemble, la population du Québec vieillit; l'importance relative des groupes plus âgés croît dans presque toutes les régions. De 1974 à 1986, le groupe d'âge de 5-19 ans aura fléchi de 25.4%, tandis que le nombre de personnes de 65-

(1) Nous utilisons dans le texte le mot "Comité" pour désigner le Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières

79 ans aura augmenté de 36.5% et les personnes de 80 ans et plus de 59.9%. Ce phénomène se traduira par un accroissement de la demande totale de soins, puisque l'incidence de la maladie, les taux d'hospitalisation et de séjours en institution sont beaucoup plus élevés dans les catégories d'âge avancé. L'hospitalisation moyenne (nombre de jours d'hospitalisation pour 1 000 habitants) est de trois à cinq fois plus élevée pour les groupes d'âge 65-79 et 80 ans et plus, que pour l'ensemble de la population." (1)

Dans le même sens, la composition de la clientèle des établissements de santé s'est passablement modifiée par une diminution du nombre d'enfants et une augmentation des personnes âgées (des malades chroniques et handicapés). L'augmentation de cette catégorie amène ici, un allègement dans la composition de la clientèle hospitalisée.

"Depuis 1976, la part relative des journées-hospitalisation (longue durée) dans

(1) M.A.S. La planification des ressources hospitalières au Québec, 1976-1986. Document de travail, Direction des politiques de santé 1979, p. 8-9.

l'ensemble des journées-hospitalisation produites par les hôpitaux généraux publics a sensiblement augmenté au Québec; ainsi, cette part relative était de 8% en 1976, comparativement à 13% en 1977-78 et à 17% en 1978-79." (1)

À ce niveau, plusieurs études ont démontré l'incongruité actuelle du système où cette population coûte très cher dans les centres hospitaliers de courte durée (C.H.C.D.), alors qu'elle pourrait être réorientée vers des établissements mieux adaptés pour répondre à ses besoins spécifiques tels les centres hospitaliers de soins prolongés (C.H.S.P.) et les centres d'accueil (C.A.) d'hébergement ou de réadaptation. L'ampleur des besoins quantitatifs prévus avec l'augmentation de la population âgée et la polyopathie souvent associée aux besoins de santé de cette clientèle ne doivent toutefois pas nous faire oublier la nécessité de satisfaire l'aspect qualitatif des soins à prodiguer, dimension à développer dans l'approche au client.

Au plan clinique, le Comité constate que les principales causes de décès sont relatives aux maladies cardio-vasculaires, aux tumeurs malignes et aux accidents. D'autre part, les problèmes rela-

(1) Ibid, p.

tifs à la santé mentale ont considérablement augmenté; soulignons entre autres, l'augmentation continue des maladies mentales qui comptent pour environ le tiers des jours d'hospitalisation et du taux de suicide chez les 15-34 ans qui représente la deuxième cause de mortalité dans ce groupe d'âge. Pour le Comité,

"C'est un fait que dans l'ensemble des besoins de santé, ceux en soins curatifs demeurent la grande priorité. Le séjour moyen des gens dans les centres hospitaliers de courte durée a tendance à diminuer; par contre, le volume de soins à prodiguer augmente. Ceci dénote une complexité accrue au niveau de la dispensation des soins." (1)

Compte tenu de ces tendances, nous pouvons penser que les personnes à l'hôpital, principalement dans les établissements de courte durée, souffriront de maladies aiguës donc, nécessiteront des services spécialisés et des soins pendant un temps relativement court.

(1) D.G.E.S. Rapport du Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières, Ministère de l'Éducation, Ed. L'Éditeur officiel du Québec, Québec 1980, p. 40

Dans ce contexte,

"la diminution du séjour moyen dans les centres hospitaliers de courte durée (C.H.C.D.), l'augmentation du volume de soins requis et la population vieillissante ont des répercussions inévitables sur l'organisation des soins et sous-tendent la problématique de la pratique et de l'organisation du nursing dans le système de santé québécois." (1)

1.1.2 Une approche globale de la santé:

Mais au-delà de ces données strictement quantitatives, les membres du Comité, comme d'ailleurs un grand nombre d'analystes dans le secteur, en sont venus à attribuer à l'environnement une part de responsabilités toujours plus grande dans la détermination de l'état de santé de la population. Dans cette optique, il importe dorénavant de tenir compte de la relation santé-environnement-habitudes de vie (usage du tabac, habitudes alimentaires, manque d'exercice...) dans l'évaluation de l'état de santé.

Cette approche s'inscrit dans le sens du Rapport

(1) Ibid, p. 42

Lalonde qui prônait en 1974, une conception globale de la santé reposant sur quatre principaux éléments: la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé. Des facteurs tels l'âge, le statut économique, l'éducation et l'environnement social ont été reconnus comme influençant certains aspects de la santé.

Des études récentes nous apportent des précisions sur l'inter-relation entre ces différents facteurs, tout en justifiant la pertinence d'une telle approche.

"In general terms, it is the young, male and the less-educated Canadian who is risking future health by current lifestyle. The problems reported in the survey, and the impact which follows them touch the elderly, woman and the poor. But, since males and females converge in their exposure to risk in the younger years, there may be important changes in the future in patterns of illness. It seems reasonable, to conclude that health promotion prevention and protection will be important in the years to come. Further, the health care of the elderly and the poor

will continue to be important. This is particularly the case in light of the overall aging of the Canadian population." (1)

Parmi les facteurs de risque de maladie, les problèmes de santé reliés à la pauvreté ne sont plus à démontrer:

"L'étude faite en 1969, par le Comité du Sénat, a mis en évidence qu'à l'échelle canadienne, 25% de la population était considérée comme pauvre et que dans cette tranche de population, on retrouvait de 75 à 80% des grandes maladies. Au Québec, il a été reconnu que la population défavorisée financièrement consomme davantage de soins, des services de santé et des services sociaux que ne le font les autres groupes de la population et que son niveau de santé et son espérance de vie sont inférieurs à la moyenne des citoyens." (2)

D'une façon générale, on constate donc qu'une grande partie des études récentes entreprises dans le secteur de la santé ont dépassé la notion d'absence

-
- (1) Stephen, I., Janes, G. The Health of Canadians: Report of the Canada Health Survey, Cat. 82-538E, Ottawa, 1981.
 - (2) Le groupe services-formation, Étude de l'adéquation entre les besoins de santé de la population québécoise, l'exercice de la profession infirmière et la formation à cette profession, Montréal, 1981, p. 18.

de maladie pour intégrer des dimensions sociales, psychologiques, environnementales..., pour s'orienter vers une conception positive de la santé.

Les nouveaux besoins en santé de la population ne se situent donc pas uniquement en fonction des soins curatifs, mais dans une optique de promotion, de prévention et de protection de la santé.

1.1.3 Les attentes du consommateur

De plus, le consommateur qui bénéficie des soins de santé a d'autre part souligné, à plusieurs reprises, le besoin d'humaniser ces services:

"En effet, le consommateur déplore le fait qu'on ne tienne pas compte du respect de sa personne et, malheureusement, il constate trop souvent que la formule des soins utilisés est orientée vers la production, qu'elle préconise la dispensation des soins en pièces détachées et qu'elle n'est pas centrée sur le bien-être du bénéficiaire.

Lors d'une rencontre du comité avec des représentants d'une association de malades, ceux-ci se sont exprimés en disant qu'ils désiraient recevoir des soins personnalisés répondant à leurs besoins en tant qu'individu, qu'ils souhaitaient

être respectés et soignés avec humanisme." (1)

1.2 La politique de santé:

La décennie des années soixante en est une particulièrement importante concernant la mise en oeuvre d'une politique sociale originale, au Québec. C'est en effet durant cette période que des réformes sont amorcées dans le système de distribution de soins afin de le rendre public.

Dans cette optique, la Loi sur l'assurance-hospitalisation est votée en 1960 qui consacre l'accessibilité économique aux établissements de soins. Suivent la Loi sur les hôpitaux en 1962 et la Loi sur l'assistance médicale en 1966 qui permet aux assistés sociaux de recevoir gratuitement les soins médicaux requis.

Toutefois, malgré une amélioration sensible de l'état de santé des québécois, de nombreux observateurs constatent qu'il subsiste toujours des écarts significatifs selon divers groupes de la population. On note également une croissance très rapide des coûts des services de santé et la persistance d'un écart entre la répartition des ressources et les besoins de la population, par exemple le peu de ressources pour les personnes âgées.

(1) D.G.E.S. Rapport du Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières, Ministère de l'Éducation, Ed. L'Éditeur Officiel du Québec, 1980, p. 38-39.

En 1967, la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social est mise sur pied. En 1970, la Loi de l'assurance-maladie et la Loi de la Régie de l'assurance-maladie permettent l'accessibilité financière et sociale aux soins.

En 1971, suite aux recommandations de la Commission d'enquête, le gouvernement adoptait une politique de santé dont les principes fondamentaux se retrouvent énoncés dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux:

"Le Ministre exerce les pouvoirs que la présente Loi lui confère de façon:

- a) à améliorer l'état de santé de la population, l'état du milieu social dans lequel elle vit et les conditions sociales des individus, des familles et des groupes;
- b) à rendre accessible à toute personne, d'une façon continue et pendant toute sa vie, la gamme complète des services sociaux, y compris la prévention et la réadaptation, de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes aux plans physique, psychique et social;
- c) à encourager la population et les groupes

qui s'y forment à participer à l'instauration, à l'administration et au développement des établissements de façon à assurer leur dynamisme et leur renouvellement;

- d) à mieux adapter les services de santé et les services sociaux aux besoins de la population en tenant compte des particularités régionales et à répartir entre ces services les ressources humaines et financières de la façon la plus juste et rationnelle possible;
- e) à favoriser le recours aux méthodes modernes d'organisation et de gestion pour rendre plus efficaces les services offerts à la population;
- f) à promouvoir la recherche et l'enseignement.⁽¹⁾

Concrètement, nous assistons à la création du ministère des Affaires sociales qui regroupe les anciens ministères de la santé et de la famille et du bien-être. D'autres lois viennent compléter l'encadrement des réformes dans le secteur de la santé et des services sociaux, telles: la Loi de la protection

(1) Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., 1977, A. S-5, article 3.

de la santé publique, la Loi de la protection du malade mental, la Loi sur la santé et la sécurité au travail, etc...

L'ensemble de cette politique favorise le recours aux modes alternatifs de traitement et le transfert des ressources de la restauration vers la réadaptation et la prévention. Elle stimule des possibilités de traitements autres, c'est-à-dire les centres de jour, cliniques externes, soins à domicile et services ambulatoires.

Selon les objectifs et prévisions du ministère des Affaires sociales, pour les soins de santé, l'accent doit progressivement se déplacer des services de soins curatifs vers les services communautaires et l'amélioration en quantité et qualité des soins psychiatriques, et de réadaptation physique. Les éléments novateurs se situent au niveau d'activités de prévention, de réadaptation, de promotion de la santé et de décentralisation des services.

Finalement, les programmes de soins et de services dans le milieu naturel des bénéficiaires deviennent des priorités (domicile, école, milieu de travail) avec un objectif de prise en charge par l'individu et la famille.

D'autre part, le Code des professions et les diffé-

rentes lois sur les professions viennent modifier la responsabilité sociale de celles-ci. Dorénavant, la fonction principale des professions de la santé sera de protéger le public; pour y parvenir, les corporations et les ordres professionnels doivent favoriser l'accessibilité physique et financière à leurs services (pour faciliter l'accessibilité aux services professionnels, le gouvernement peut contraindre les corporations à pratique exclusive à déléguer certains actes à d'autres catégories de professionnels) et contrôler la qualité technique des actes professionnels posés par leurs membres.

La politique sociale actuelle reflète donc l'aboutissement d'une longue évolution dans les secteurs de la santé et des services sociaux, sous-tendue par les principes de l'égalité des chances et de l'accessibilité universelle.

Dans le domaine de la santé, elle suppose l'élaboration d'un réseau de distribution de soins et de services et le droit des personnes à recevoir des services de qualité, faciles d'accès, efficaces et continus. Elle implique également une modification des pratiques professionnelles.

Le système de santé s'est en effet réalisé en implantant des établissements, offrant toute la gamme des

services: * des services préventifs, des services curatifs et des services d'accueil, d'hébergement et de réadaptation.

Le nouveau système de distribution de soins repose sur l'identification de niveaux de soins requis par la population tout en mettant l'accent sur la continuité et la globalité des soins:

- les soins personnels: ceux-ci sont la base du système et constituent le champ privilégié de la prévention, c'est la population qui doit s'en charger;

- les soins de première ligne ou soins généraux: ils constituent la porte d'entrée du système; on y évalue les patients, donne les soins d'urgence, assure les soins primaires, globaux, personnels et continus, dirige les patients vers les services spécialisés, assure la relance. Ils comptent pour 80% des soins et sont offerts à une population restreinte et peu mobile; c'est à ce niveau qu'il importe d'amener les individus et les groupes à prendre en charge leur santé, donc à diminuer leur dépendance vis-à-vis les professionnels de la santé et du système;

* Afin d'obtenir un résumé de la structure des services de santé au Québec, consulter l'annexe I.

- les soins spécialisés: ils sont dispensés par les internistes, les chirurgiens généraux, les obstétriciens-gynécologues, les pédiatres, les paramédicaux;
- les soins ultra-spécialisés: ils comprennent des équipements de haute technicité, par exemple dans les unités de chirurgie cardiaque, les unités de grands brûlés, etc...

"L'objectif général du système de soins peut se résumer ainsi: fournir à toute la population, quelles que soient ses caractéristiques socio-économiques, tous les services qu'elle requiert; s'assurer que les services soient de la meilleure qualité possible; et utiliser au mieux les ressources disponibles dans une organisation qui satisfasse les professionnels et la population." (1)

Somme toute à ce jour, vis-à-vis les services dispensés à la population, l'accessibilité est considérée comme généralement bonne, la globalité* com-

(1) Rapport du Comité sur la rémunération des professionnels de la santé au Québec, Le système des honoraires modulés, 1980, p. XVII.

* globalité: gamme complète des services (prévention, cure, réadaptation) à l'endroit le plus approprié (cabinet, domicile, établissement); et orientation vers la prévention auprès d'individus et de populations.

me insuffisante alors que la continuité * n'est pas favorisée: en effet, dans le système actuel, le travail multidisciplinaire est peu pratiqué et on note un manque de cohérence entre les différentes catégories de services; de plus, on constate une orientation très marquée vers le curatif.

En résumé, nous pouvons donc affirmer que depuis le Rapport Castonguay-Nepveu, nous tentons de passer d'une médecine parcellaire, spécialisée, individuelle et curative vers une médecine plus globale, plus sociale et plus préventive qui saurait mieux répondre aux besoins de la population.

1.3 Les orientations actuelles du ministère des Affaires sociales (M.A.S.):

Pour la conjoncture économique actuelle, les nouvelles politiques, en matière de santé, soulignent à la fois la nécessité d'améliorer la qualité des services et de diminuer les coûts.

Pour atteindre ces objectifs, on prévoit transférer des budgets du secteur curatif aux secteurs préventif et de réadaptation. Donc, si le secteur hospitalier est de loin la composante majeure des servi-

* continuité: interaction cohérente entre les différents professionnels pour que la prise en charge de l'individu soit assurée à tout moment.

ces de santé au Québec, on ne devrait toutefois pas y consacrer les investissements les plus importants au cours des prochaines années; bien au contraire, on veut réduire le nombre et la durée des hospitalisations tout en privilégiant l'universalité du droit à des services adaptés, continus et de qualité.

Ainsi, face aux besoins croissants des personnes âgées, des malades chroniques, des handicapés et des malades mentaux, le développement du réseau devra s'orienter vers la substitution de nouveaux modes d'organisation; on favorisera l'accessibilité à des ressources externes et de transition pour le traitement et la réinsertion sociale des malades et le développement des services communautaires.

On pousse donc la croissance des ressources légères, préventives et curatives, telles les soins à domicile, les centres de jour et foyers de groupe... dans l'optique de minimiser le recours aux services lourds, tels l'hospitalisation et le placement en centre hospitalier ou de réadaptation. Cette réorganisation devrait favoriser la continuité des services entre l'hospitalisation et l'hébergement ou les soins à domicile.

"En d'autres termes, on devrait pouvoir observer comme conséquence de cet effort de prévention,

de réadaptation et de recherche de modes de distribution plus appropriés, une nécessité moins grande d'avoir recours aux consultations externes des centres hospitaliers de courte durée ou encore simplement une diminution de la durée de séjour à l'hôpital." (1)

D'autre part, l'évolution de la technologie médicale devrait également contribuer à la réduction de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de courte durée (C.H.C.D.).

"Des expériences suggèrent que 20% des interventions chirurgicales peuvent être faites dans un contexte de "chirurgie d'un jour". Pour d'autres interventions plus complexes, la durée de séjour peut être considérablement réduite dans la mesure où le malade peut recevoir des visites de contrôle en consultations externes ou à domicile. Enfin, des progrès technologiques tels que l'apport de la médecine nucléaire et de la tacographie au diagnostic et au traitement peuvent contribuer, si elles sont utilisées à cette fin, à une réduction de l'hospitalisation." (2)

(1) M.A.S., Cadre de référence pour l'adaptation des ressources aux priorités, Plan de développement des ressources en santé, Première partie, Québec 1976, p. 10.

(2) Ibid, p. 12

Ainsi, face aux besoins de santé de la population et à la problématique générale sous-tendue par la politique de santé au Québec, le M.A.S., par les différents programmes qu'il structure, vient répondre à des besoins particuliers. Ici, certains secteurs privilégiés sont identifiés: santé au travail, soins à domicile, prévention... et certains groupes considérés comme prioritaires: personnes âgées, malades chroniques, handicapés, travailleurs dans leur milieu de travail...

Dans son mémoire remis au Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières, le M.A.S. indique les deux grands principes qui orientent son action:

1. Une orientation graduelle des services de santé vers la prévention qui tient compte autant des aspects biologiques, psychologiques et sociaux que de l'environnement.

2. Une orientation graduelle des services sociaux vers la promotion de l'autonomie des individus dans leur milieu et le développement du sens des responsabilités individuelles et collectives.

... Le ministère continuera d'être présent auprès des jeunes en milieu scolaire, en

leur assurant les services de première ligne et en secondant le personnel enseignant, en matière de prévention et d'éducation sanitaire. Comme suite à la loi sur la santé et la sécurité au travail, le ministère intensifiera sa présence auprès des travailleurs dans leur milieu de travail.

L'implantation des C.L.S.C. se poursuivra de façon plus rigoureuse et plus cohérente, suite à l'expérience des années antérieures, afin que leur rôle de complémentarité, face aux autres établissements du réseau, soit mieux assumé.

...Enfin, l'importance donnée à la promotion de la santé se manifestera d'une façon au moins tout aussi grande. L'accent continuera d'être mis sur l'éducation et l'information populaire." (1)

Donc, tout en favorisant le maintien de l'accessibilité à des soins de qualité, le M.A.S. favorise un rôle élargi sur la communauté. L'action sanitaire a donc été appelée à s'orienter vers une action globale et vers des préoccupations autant de prévention

(1) M.A.S., Mémoire au Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières, Mars 1980, p. 2-3

primaire que secondaire et tertiaire.

Malgré des contraintes certaines à la réalisation des objectifs de promotion de la santé, comme par exemple, le taux de croissance des dépenses, l'on constate qu'il est toujours dans l'intention formelle du M.A.S. de parachever le réseau des centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.) (le nombre devrait atteindre 160), dont le rôle se précise avec les années:

"Desservant un territoire bien délimité, le district, le C.L.S.C. vise, par une approche globale, multidisciplinaire et communautaire, à améliorer l'état de santé ainsi que les conditions sociales des individus et de la communauté; il vise à amener la population à prendre en main ses problèmes et leur solution. C'est d'abord à lui qu'incombe la responsabilité des services courants et des programmes spécifiques axés particulièrement sur la prévention qui s'adressent à la communauté." (1)

Ce réseau vise à offrir des services de base accessibles dans le milieu de vie, afin de minimiser le

(1) M.A.S., Le réseau des C.L.S.C. au Québec: un parachèvement qui s'impose, Politique du ministère des Affaires sociales, Ed. min. des communications, Québec 1981, p. 1.

recours à des services spécialisés et dans le but de favoriser une vie à domicile satisfaisante. Dans ce sens, on assiste présentement à une réorganisation des services à domicile où des équipes multidisciplinaires devraient assumer la fonction de soins à domicile.

Ici, le réseau des services à domicile devrait être à même de répondre autant aux demandes des centres hospitaliers de courte durée (C.H.C.D.) et de soins prolongés (C.H.S.P.) pour les clientèles pré et post opérées ou convalescentes qu'aux demandes des clientèles du territoire. Toutefois, lorsque des besoins particuliers se feraient sentir, tels des soins spécialisés et de réadaptation, les clientèles seraient transférées à des ressources complémentaires.

Ces nouvelles orientations nécessitent par le fait même de nouvelles attitudes chez les professionnels de la santé. En effet, la pratique dans ce secteur doit nécessairement être réorientée vers le maintien et l'amélioration de la santé et non seulement du traitement de la maladie; le travail en équipe multidisciplinaire devient ici indispensable dans l'optique de satisfaire la variété des besoins de la clientèle.

D'autre part, afin d'amener les individus à dépendre

moins du système, donc à prendre en charge leur santé, plusieurs analystes ont souligné la nécessité de remettre en question la traditionnelle relation d'autorité entre le professionnel de la santé et le bénéficiaire, comme par exemple: en facilitant à ce dernier la possibilité de faire des choix.

Ici, l'approche globale multidisciplinaire et communautaire devrait rétablir l'équilibre entre l'aspect prévention, protection, promotion de la santé et l'aspect lutte contre la maladie et ainsi réduire les coûts reliés à l'hospitalisation tout en améliorant la qualité des services.

2. LA PRATIQUE INFIRMIÈRE:

2.1 Le statut légal de la pratique infirmière:

Même si déjà en 1946, la Loi des infirmières du Québec reconnaissait aux membres de l'Association des infirmières le monopole de l'exercice de leur profession, dans les faits, et jusqu'à ces dernières années, les infirmières étaient traditionnellement identifiées comme les assistantes du médecin.

Toutefois, suite à la Commission Castonguay-Nepveu, plusieurs changements, au plan législatif, sont venus modifier la pratique infirmière.

En 1973, avec la nouvelle législation professionnelle, les infirmières sont maintenant reconnues comme des professionnelles autonomes agissant en collaboration avec les autres professionnels de la santé dans l'élaboration, la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes de santé.

Le code des professions établit alors l'exclusivité de ce champ d'exercice au même titre que le champ de la médecine, de la dentisterie et de dix-huit autres professions. Le législateur reconnaît enfin les soins infirmiers comme une discipline de la santé, avec un ensemble de connaissances et de techniques propres, la distinguant clairement des autres disciplines de la santé. S'appuyant sur la nouvelle politique socio-sanitaire du Québec, on formule aux arti-

cles 36 et 37 de la Loi des infirmières et infirmiers une nouvelle définition de la profession:

"Constitue l'exercice de la profession infirmière ou d'infirmier tout acte qui a pour objet d'identifier les besoins de santé des personnels, de contribuer aux méthodes de diagnostic, de prodiguer et contrôler les soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation, ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance."

"L'infirmière et l'infirmier peuvent, dans l'exercice de leur profession, renseigner la population sur les problèmes d'ordre sanitaire."

De plus, pour favoriser une meilleure distribution des services professionnels et une adaptation constante de ceux-ci aux besoins de la population, le législateur établit un mécanisme qui oblige certaines corporations à pratique exclusive, dont celle des médecins et celle des infirmières et infirmiers, à déléguer par règlement certains actes exclusifs à d'autres personnes, sous certaines conditions. Ce mécanisme de délégation d'actes ne délimite pas de façon définitive les pratiques professionnelles, mais précise le statut juridique d'un certain nombre d'actes.

En effet, depuis le 11 juin 1980, en vertu du règlement

concernant les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale, les infirmières peuvent poser certains actes médicaux. De la même façon, le législateur reconnaît à d'autres catégories de travailleurs de la santé le droit d'exercer certaines activités pouvant être exclusives aux infirmières: en vertu du règlement concernant les actes visés à l'article 36 de la Loi des infirmières et infirmiers, les infirmières-auxiliaires, les puéricultrices et les gardes-bébés peuvent exécuter certains actes infirmiers.

Toutefois, il est certainement trop tôt pour évaluer l'impact de ces règlements sur le partage des responsabilités professionnelles.

Récemment, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (A.I.I.C.) a pour sa part procédé à l'élaboration d'une définition et de normes de pratique infirmière, dans le but d'améliorer la qualité des soins infirmiers.

"Règle générale, la pratique infirmière peut être définie comme une relation d'aide marquée par le dynamisme et le souci d'autrui, relation à l'intérieur de laquelle l'infirmière aide le client à atteindre et à conserver le meilleur état de santé possible. L'infirmière réalise cet objectif par l'application de connaissances et d'habiletés tirées du domaine infirmier et des domaines connexes, en se servant de la démarche scientifique dont la substance est elle-même déterminée par un

modèle conceptuel propre à la profession d'infirmière." (1)

Les quatre normes retenues s'énoncent comme suit: *

- 1 - La pratique infirmière exige qu'un modèle conceptuel propre à la profession d'infirmière soit le fondement de la partie indépendante de cette pratique;
- 2 - la pratique infirmière exige l'utilisation efficace de la démarche scientifique comme méthode de travail dans l'exercice des fonctions indépendantes, interdépendantes et dépendantes de la pratique infirmière;
- 3 - la pratique infirmière exige que la relation d'aide caractérise les rapports client-infirmière;
- 4 - la pratique infirmière exige que les infirmières assument des responsabilités professionnelles à l'intérieur de leurs fonctions indépendantes, interdépendantes et dépendantes.

2.2 La composition de l'équipe de soins infirmiers:

Comme le souligne le Comité, l'équipe de soins infirmiers

(1) A.I.I.C., Définition de la pratique infirmière. Normes de la pratique infirmière. Ottawa, 1980, p. 7

* Afin d'obtenir la description des normes, consulter l'annexe II

est globalement composée de trois catégories d'intervenants:

- les aides et préposés au premier niveau de soins; il représentent 31.8% de la main-d'oeuvre. Après avoir reçu une formation en cours d'emploi, ils dispensent certains soins d'hygiène et de confort aux bénéficiaires mais ne posent aucun acte infirmier exclusif;
- les infirmières-auxiliaires, les puéricultrices et les gardes-bébés forment la deuxième catégorie avec 18.2% de la main-d'oeuvre; elles administrent aux bénéficiaires un ensemble de procédés diagnostiques, thérapeutiques, préventifs et certains actes infirmiers et médicaux qui leur sont délégués. Elles reçoivent une formation professionnelle de base en soins, en milieu scolaire;
- les infirmières constituent la majorité de la main-d'oeuvre avec une proportion de 50.0%; après une formation professionnelle de base en soins infirmiers, de niveau collégial ou universitaire, et la réussite aux examens de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, leur donnant accès au permis d'exercice, elles administrent les soins infirmiers requis par les bénéficiaires.

Toutefois, selon la complexité et la variété des tâches à accomplir, il existe dans les unités de soins, une

grande variété de modèles d'équipe de soins infirmiers. Celles-ci sont généralement composées de ces trois catégories de personnel mais dans des proportions variées, allant de l'équipe composée uniquement d'infirmières autorisées à l'équipe ne comptant que des aides et préposés avec pour seule infirmière, le chef d'unité.

Rappelons, ici, que l'organisation des soins a été grandement remise en cause par le Comité pour qui une très grande critique formulée est liée au nombre de personnes et à la diversité du personnel impliqué directement auprès du malade, ce qui entraîne une fragmentation des soins.

Une autre confusion viendrait de la duplication des tâches: ici, les infirmières, indépendamment de leur niveau de formation, sont souvent appelées à exécuter les mêmes tâches avec un niveau de responsabilité identique. La répartition des tâches varie cependant d'un type d'établissement à l'autre, et aussi à l'intérieur d'un même type d'établissement.

D'après le Comité,

"En effet, dans le soin au chevet, on rencontre deux infirmières types: l'une qui a reçu sa formation à l'université (infirmière du "baccalauréat de base") et l'autre, au CEGEP (infirmière cégepienne). Toutes les deux sont éligibles au droit de pratique par le biais des examens de la corporation professionnelle et de plus, peuvent accéder aux mêmes postes. Au ni-

veau des soins, aucune fonction n'est réservée spécifiquement à l'infirmière de formation universitaire. En outre, même si on peut présumer, compte tenu du degré de scolarisation avancé de cette infirmière, que les soins qu'elle prodigue soient meilleurs, il n'y a cependant pas d'étude comparative qui puisse le prouver.

Autre preuve à l'appui de la duplication, c'est la coexistence de l'infirmière et de l'auxiliaire, sujet qui a fait couler beaucoup d'encre." (1)

2.3 Le milieu de travail:

Les Rapports annuels de l'Office des professions du Québec, pour les années 1979-80, 1980-81, nous révèlent que: hormis le déclin de l'année 1978-79, il y a une augmentation constante et significative du nombre de membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Il convient toutefois de noter qu'il s'agit d'un Ordre d'exercice exclusif dont le rapport professionnel/population va décroissant à un rythme rapide avec les années. (Tableau 1).

Malgré ce fait, nous constatons qu'il n'y a qu'une faible

(1) D.G.E.S. Rapport du Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières, Ministère de l'Éducation, l'Éditeur officiel du Québec, 1980, p. 56

proportion des membres exerçant à l'extérieur du Québec en 1980, soit moins de 1%. En soins infirmiers, comme dans les autres secteurs d'activité, il y a concentration des professionnels dans les zones urbaines, en particulier dans Montréal (06) et Québec (03).

À la section 4.2, le Comité résume les principales données sur l'infirmière dans son milieu de travail, pour l'année 1979-80. Il relève que la grande majorité des infirmières, c'est-à-dire 83% d'entre elles travaillent en milieu institutionnel avec 80.5% dans les centres hospitaliers de soins généraux ou spécialisés. On y enregistre une augmentation de l'effectif en psychiatrie, en gériatrie et dans les soins à long terme et une diminution en pédiatrie, des caractéristiques qui répondent parfaitement avec l'évaluation des besoins en santé du chapitre I.

Les infirmières des centres d'accueil, qui ne représentent que 5.6% de l'effectif, interviennent à 76.5% en hébergement et 20.6% en réadaptation; elles pratiquent à 69.2% auprès des personnes âgées et 11.8% auprès des handicapés.

Les intervenants en santé communautaire qui totalisent 8.9% du personnel infirmier sont répartis à 55.4% dans les départements de santé communautaire (D.S.C.), 23.6% dans les C.L.S.C. et 14.2% dans l'industrie. Leurs principaux centres d'activité sont: la santé scolaire avec 28.1% de l'effectif, les soins à domicile avec 18.0%, la périnatalité avec 14.7% et l'hygiène au travail avec 13.8%.

Tableau I: a) L'ÉVOLUTION DES MEMBRES DE LA CORPORATION DES
INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC,
DE MARS 1975 À MARS 1980.

	1975	1976	1977	1978	1979	1980
1- Évolution du nombre de membres	38,209	40,996	43,067	44,213	43,249	47,476
2- Taux de variation en pourcentage	-	7,3	5,1	2,7	-2,2	9,8
3- Rapport population par professionnel	162	152	146	142	146	134

Source: Extraits des Rapports annuels 1979-1980 et 1980-1981 de l'Office des Professions du Québec.

b) LES MEMBRES EXERÇANT AU QUÉBEC ET À L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC, AU 31 MARS 1980.

Membres exerçant au Québec		Membres exerçant à l'extérieur du Québec	
Nombre	Pourcentage(%)	Nombre	Pourcentage(%)
47,028	99,1	448	0,9

c) LA RÉPARTITION DES MEMBRES PAR RÉGION ADMINISTRATIVE, AU 31 MARS 1980.

	Nombre	Pourcentage(%)
Bas St-Laurent Gaspésie (01)	1,834	3,9
Saguenay-Lac-St-Jean (02)	2,304	4,9
Québec (03)	9,205	19,6
Trois-Rivières (04)	3,084	6,6
Cantons de l'Est (05)	2,301	4,9
Montréal (06)	25,228	53,6
Outaouais (07)	1,314	2,8
Nord-Ouest (08)	911	1,9
Côte-Nord (09)	847(10)	1,8(10)
Nouveau-Québec (10)	(09)	0,0
<u>TOTAL.:</u>	<u>47,028</u>	<u>100%</u>

Source: Extraits des Rapports annuels 1979-1980 et 1980-1981
de l'Office des professions du Québec.

De son côté, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (O.I.I.Q.), comparant les données de 1980/81 avec celles de l'année précédente, arrive aux conclusions suivantes:

"... on remarque que le nombre d'infirmier(e)s des centres hospitaliers a diminué de 1.5% (soit environ 535 infirmier(e)s), il en est de même dans le domaine de la santé communautaire où cette diminution a été de 3.0% (124 infirmier(e)s). Cependant, la plus forte baisse (en %) a été enregistrée pour le domaine de la formation professionnelle avec 9.3% des effectifs (soit 177 infirmier(e)s).

Les centres d'accueil sont les seuls établissements de santé où le nombre d'infirmier(e)s a augmenté. Cette augmentation a été de 1.8%.

En ce qui concerne les centres hospitaliers, la plus forte baisse des effectifs a été enregistrée dans les centres hospitaliers de soins spécialisés avec 5.5%. Pour les centres hospitaliers de soins ultra-spécialisés, cette baisse a atteint 4.8% en 1980-81. Pour les autres centres, il y eu de légères augmentations.

En ce qui concerne le domaine de la santé communautaire, bien que le nombre d'infirmier(e)s oeuvrant dans les C.L.S.C. ait augmenté de 3.2%, celui des infirmières oeuvrant dans les D.S.C. a diminué de 6.9%.

Dans les centres d'accueil, les fluctuations les plus importantes ont été enregistrées dans les centres d'hébergement où l'on enregistre 4.0% d'augmentation du nombre d'infirmier(e)s et dans les centres de réadaptation avec une diminution de 26.6%." (1)

En regard de l'ensemble des établissements de santé du Québec, les centres hospitaliers (C.H.) constituent le principal employeur avec environ 80% du total de la main-d'oeuvre engagée. Le domaine de la santé communautaire occupe la seconde place avec 9.1% du total, en 1981. (Tableau II)

Nous constatons la vocation multiple de plusieurs centres hospitaliers. Certains sont à la fois des centres de première ligne, de soins généraux et de soins spécialisés. De même 45% de ceux-ci dispensent à la fois des soins de courte et de longue durée. (Tableau III)

Considérant la proportion d'infirmières en regard de l'ensemble du personnel, nous savons qu'elles représentent environ 20% de l'effectif.

D'après des données du M.A.S. de 1979 qui analysent la répartition des équivalents temps plein (E.T.P.), nous constatons que les deux types d'établissements où l'infirmière _____ enregistre des proportions supérieures à la moyenne, sont

(1) O.I.I.Q. Statistiques. Population infirmière au 31 mars 1981. Montréal 1981, p. 9

Tableau II: LE NOMBRE ET LE POURCENTAGE DE MEMBRES SELON LE MILIEU DE TRAVAIL, QUEBEC, 1981

MILIEU DE TRAVAIL	NOMBRE	% SELON CHAQUE MILIEU	% DU TOTAL
<u>Centres hospitaliers: TOTAL</u>	<u>35765</u>	<u>100.00</u>	<u>80.65</u>
de soins généraux	19293	53.94	43.51
de soins spécialisés	9495	26.55	21.41
de soins ultra-spécialisés	2572	7.19	5.80
de soins pour convalescents	406	1.14	0.92
de soins pour malades à long terme	3999	11.18	9.02
<u>Centres d'accueil: TOTAL</u>	<u>2669</u>	<u>100.00</u>	<u>6.02</u>
d'hébergement	2086	78.13	4.70
de réadaptation	508	19.04	1.15
de transition	56	2.11	0.13
garderies	19	0.72	0.04
<u>Domaine de la santé communautaire: TOTAL</u>	<u>4037</u>	<u>100.00</u>	<u>9.10</u>
D.S.C.	2146	53.17	4.84
C.L.S.C.	1013	25.09	2.28
Industrie	612	15.15	1.38
Autres	266	6.59	0.60
<u>Centre de réadaptation fonctionnelle: TOTAL</u>	<u>148</u>	<u>100.00</u>	<u>0.33</u>
<u>Domaine de la formation professionnelle</u>	<u>1727</u>	<u>100.00</u>	<u>3.89</u>
polyvalentes	276	15.98	0.62
collèges	1093	63.27	2.47
universités	159	9.20	0.36
centres hospitaliers	135	7.83	0.30
centres d'accueil	28	1.63	0.06
autres	36	2.09	0.08
<u>TOTAL GENERAL*</u>	<u>44346</u>	<u>-</u>	<u>100.00</u>

* Source: O.I.I.Q., Statistiques - Population infirmière au 31 mars 1981, Montréal 1981, p.3.

les centres hospitaliers de courte durée (C.H.C.D.) avec 25.9% du personnel composé d'infirmières et les C.L.S.C. avec 19.4%. (Tableau IV)

Considérant le nombre d'infirmières (infirmière-chef, infirmière) et celui des infirmières-auxiliaires, nous retrouvons que d'une façon générale, deux fois plus d'infirmières que d'infirmières-auxiliaires dans l'ensemble des établissements de santé. (Tableau V)

Dans les centres hospitaliers de courte durée (C.H.C.D.), le rapport nombre d'heures infirmières/nombre d'heures infirmières-auxiliaires est de 2.65, celui des centres hospitaliers de soins prolongés (C.H.S.P.) de 1.23, alors que dans les centres hospitaliers divers, il est de 1.88. Soulignons toutefois que ces données ne constituent pas une règle pour le Québec, puisque ce rapport varie d'une région à l'autre et d'un établissement à l'autre.

Pour l'auteur, dans le centre hospitalier de soins prolongés (C.H.S.P.):

"De par la nature même du travail à exécuter, le personnel infirmier n'a pas à posséder globalement des qualifications aussi importantes que dans les C.H. de soins de courte durée où le roulement de la clientèle, la complexité des cas et le nombre d'actes devant être

Tableau III: LES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX ET DE LEURS EMPLOYES SELON LA CATEGORIE ET LA CLASSE-TYPE AU 5 AVRIL 1978:

Catégorie	Classe-type	Établissements		Employés	
		Nombre	%	Nombre	%
01 CLSC (exclusif)		61	3.6	2,077	1.1
04 C.H. (exclusif)	Courte durée	40	2.4	13,249	7.0
05 C.H. (exclusif)	Soins prolongés	73	4.3	10,027	5.3
06 C.H. (exclusif)	Courte durée et soins prolongés	82	4.9	65,240	34.4
07 CH CA	Courte durée	3	0.2	1,757	0.9
08 CH CA	Soins prolongés	16	0.9	6,340	3.3
09 CH CA	Courte durée et soins prolongés	23	1.4	25,858	13.6
10 CH CLSC	Courte durée	1	0.1	34	0.0
11 CH CLSC	Soins prolongés	3	0.2	164	0.1
12 CH CLSC	Courte durée et soins prolongés	3	0.2	666	0.4
15 CH CA CLSC	Courte durée et soins prolongés	1	0.1	275	0.1
16 CSS		56	3.3	2,320	1.2
17 C.A. (exclusif)	Garderie	378	22.4	1,368	0.7
18 C.A. (exclusif)	Transition	32	1.9	478	0.3
19 C.A. (exclusif)	Réadaptation	253	15.0	11,271	5.9
20 C.A. (exclusif)	Hébergement	616	36.5	12,173	6.4
21 C.A. (exclusif)	Réadaptation et hébergement	2	0.1	342	0.2
22 CA CH	Transition	3	0.2	5,102	2.7
23 CA CH	Réadaptation	8	0.5	5,899	3.1
24 CA CH	Hébergement	28	1.7	16,222	8.6
25 CA CH	Réadaptation et hébergement	4	0.2	8,232	4.3
26 CA CH CLSC	Hébergement	1	0.1	275	0.1
Total		1,687		189,469	100.0

Source: Lahaye, J., La planification de la main-d'oeuvre du réseau des affaires sociales du Québec: quelques considérations. M.A.S., Service de planification et de développement de la main-d'oeuvre, Québec, 1980, p. 29.

Tableau IV:

LES EQUIVALENTS TEMPS PLEINS TOTAUX ET LES EQUIVALENTS TEMPS PLEIN INFIRMIERS, DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE, QUEBEC, 1979.

Etablissements	Nombre ETP		Rapport ETP infirmier/	
	Total	Infirmier	ETP total %	Pourcentage Total Infirmier
01 C.H. courte durée	78,358	20,238	25.9	58.9 81.1
02 C.H. soins prolongés	10,814	1,246	11.5	8.1 5.0
03 C.H. divers	10,039	1,159	11.5	7.5 4.6
Sous-total C.H.	99,211	22,643	22.8	74.6 90.7
05 C.A. transition	462	12	2.6	0.3 0.1
06 C.A. réadaptation	9,920	296	3.0	7.5 1.2
07 C.A. hébergement	9,297	584	6.3	7.0 2.3
Sous-total C.A.	19,679	892	4.5	14.8 3.6
08 C.L.S.C.	3,255	630	19.4	2.4 2.5
09 C.S.S.	4,978	8	0.2	3.7 0.0
15 C.H. privés	2,994	530	17.7	2.3 2.1
16 C.A. privés	2,941	256	8.7	2.2 1.0
TOTAL	133,059	24,959	18.9	100.0 100.0

Source: M.A.S. Statistiques concernant les salariés de niveau syndicable du secteur des affaires sociales, période du 1er janvier 1979 au 31 décembre 1979.
 Direction générale des relations de travail, 1981, p. 22.

posés par une infirmière licenciée sont plus élevés." (1)

D'une façon générale, les centres hospitaliers de courte durée (C.H.C.D.) engagent plus d'infirmières, alors que les centres hospitaliers de soins prolongés (C.H.S.P.) et les centres d'accueil d'hébergement (C.A.H.) engagent davantage des infirmières-auxiliaires.

Mais de l'ensemble de ces données, nous constatons une diminution du nombre d'effectifs dans les centres hospitaliers (C.H.) et une augmentation dans les centres d'accueil (C.A.) et les centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.), ce qui viendrait confirmer la réorientation de l'ensemble du personnel vers le milieu extra-hospitalier.

2.4 Le niveau actuel de formation:

En 1969, la Commission Hall proposait que 25% des infirmières aient une formation de niveau universitaire. De son côté, le Comité constate que 57.8% des infirmières ont une formation additionnelle à leurs cours collégial en techniques infirmières en 1979, mais que seulement 9.4% des infirmières possèdent un grade de premier ou de deuxième cycle. Le recours à une formation complémentaire à la formation initiale est donc très répandu chez les infirmières.

(1) M.A.S., Version préliminaire. Étude du rapport entre le nombre d'heures rémunérées aux infirmières et le nombre d'heures rémunérées aux infirmières-auxiliaires, 1980, p. 26

Tableau V: a)

NOMBRE TOTAL D'HEURES REMUNEREES DU PERSONNEL
DES SOINS INFIRMIERS SELON LE STATUT ET LA REGION.
CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS DE COURTE DUREE (PUBLICS)

Région	Nombre de CH	Nombre d'heures infirmières (A)	Nombre d'heures infirmières aux. (B)	Rapport A/B
01	8	1,454,442	666,619	2,18
02	8	2,015,881	1,372,225	1,47
03	25	7,182,181	2,654,536	2,71
04	10	2,378,325	1,404,450	1,69
05	8	2,217,548	845,595	2,62
06A	31	17,334,413	4,462,689	3,90
06B	6	1,388,932	623,699	2,23
06C	9	2,707,574	1,312,492	2,06
07	7	868,427	448,507	1,94
08	9	887,963	561,878	1,58
09	8	650,587	386,933	1,68
11	1	24,144	3,796	6,36
12	1	35,195	9,425	3,73
TOTAL	131	39,146,012	14,752,844	2,65

Source: M.A.S., Version préliminaire, Etude du rapport entre le nombre d'heures rémunérées aux infirmières et le nombre d'heures rémunérées aux infirmières auxiliaires, 1980,
p. 3.

Tableau V: b) NOMBRE TOTAL D'HEURES REMUNEREES DU PERSONNEL DES SOINS INFIRMIERS SELON LE STATUT ET LA REGION. CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS PROLONGES (PUBLICS)

Région	Nombre de CH	Nombre d'heures infirmières (A)	Nombre d'heures infirmières aux. (B)	Rapport A/B
01	2	101,601	159,636	0,64
02	1	31,199	98,568	0,32
03	8	402,897	436,858	0,92
04	4	193,477	301,723	0,64
05	3	193,545	92,012	2,10
06A	20	1,432,013	876,710	1,63
06B	2	70,029	45,177	1,55
06C	1	269,156	164,290	1,60
07	7	55,082	29,144	1,89
08	1	32,990	59,632	0,55
09	-	-	-	-
11	-	-	-	-
12	-	-	-	-
TOTAL	49	2,781,989	2,263,750	1,23

Source: Ibid, p. 14

Tableau V: c) NOMBRE TOTAL D'HEURES REMUNEREES DU PERSONNEL
DES SOINS INFIRMIERS SELON LE STATUT ET LA REGION.
CENTRES HOSPITALIERS - DIVERS (PUBLICS)

Région	Nombre de CH	Nombre d'heures infirmières (A)	Nombre d'heures infirmières aux. (B)	Rapport A/B
01	-	-	-	-
02	1	28,873	74,929	0,39
03	3	995,753	612,216	1,63
04	1	113,662	64,266	1,77
05	-	-	-	-
06A	3	1,555,782	648,079	2,40
06B	-	-	-	-
06C	-	-	-	-
07	1	190,816	132,056	1,44
08	-	-	-	-
09	-	-	-	-
11	-	-	-	-
12	-	-	-	-
TOTAL	9	2,884.886	1,531,546	1,88

Source: Ibid, p. 21

En effet, un grand nombre des diplômées professionnelles en soins infirmiers, à la fin de leurs études ou après quelques années d'expérience, ont senti le besoin d'entreprendre un programme universitaire.

Les plus qualifiées, c'est-à-dire celles ayant obtenu un grade universitaire travaillent principalement dans les centres ultra-spécialisés, soit aux soins intensifs, en hémodialyse et en pédiatrie; celles possédant un certificat ou une attestation postbase en hémodialyse et en psychiatrie, alors que le plus fort pourcentage d'infirmières avec maîtrise se retrouve en psychiatrie. Mais,

"Les centres de santé communautaire sont les établissements qui emploient le plus d'infirmières ayant une formation de niveau universitaire dans le secteur de la santé. En effet, on retrouve dans ces centres 79.8% des infirmières qui ont une formation postcollégiale par rapport à 53.6% dans les centres hospitaliers et 57.9% dans les autres institutions." (1)

De plus, 33.5% des infirmières qui occupent des postes de directeur de soins ou de directeur-adjoint n'ont qu'une formation de base, avec seulement 19.5% des directeurs de soins qui détiennent un premier cycle universitaire, formation pourtant exigée pour le poste.

(1) D.G.E.S., Rapport du Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières, 1980 p. 48

Dans son document statistique de 1979-80, l'O.I.I.Q. remarque que dans les centres hospitaliers (C.H.), les membres occupant des postes cadres représentent 11.9% du total, ceux des centres d'accueil (C.A.) 34.0% et ceux des C.L.S.C. 23.7%.

D'une façon générale, les postes cadres sont occupés par des infirmières de niveau universitaire à 34.7% dans les centres d'accueil (C.A.), 42.1% dans les centres hospitaliers de soins prolongés (C.H.S.P.), 45.6% dans les centres hospitaliers de courte durée (C.H.C.D.) et 50.9% en santé communautaire.

Les postes non-cadres sont occupés à environ 75.0% par des diplômés de niveau collégial dans les centres hospitaliers de courte durée (C.H.C.D.), les centres hospitaliers de soins prolongés (C.H.S.P.) et les centres d'accueil (C.A.), alors que cette proportion n'atteint que 46.0% en santé communautaire.

Dans le domaine de la formation professionnelle, (Tableau VI) 3.9% des membres sont des infirmiers. 15.9% des infirmières enseignent dans les polyvalentes, contre 62.9% dans les collèges et 9.5% à l'université.

49.2% des infirmières oeuvrant dans les collèges ont un baccalauréat ou plus, alors que 28.7% de celles enseignant à l'université possèdent un baccalauréat, seulement 53.5% ont une maîtrise et 1.3% un doctorat.

Tableau VI: LES MEMBRES DU DOMAINE DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE
PAR LIEU DE TRAVAIL ET PAR SEXE SELON LEUR FORMATION,
Québec, 1981.

LIEU DE TRAVAIL ET SEXE	DIPLOME D'INFIRMIERE DEC		CREDITS UNIVERSITAIRES		ATTESTATIONS, CERTIFICATS		BACCALAU- REAT		MAITRISE		DOCTORAT		TOTAL	
	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%
<u>Polyvalentes</u>	163	59.0	41	14.9	38	13.8	32	11.6	2	0.7	-	-	276	100.0
F	159	60.2	37	14.0	36	13.6	30	11.4	2	0.8	-	-	264	100.0
M	4	33.3	4	33.3	2	16.7	2	16.7	-	-	-	-	12	100.0
<u>Collèges</u>	203	18.6	133	12.2	215	19.7	475	43.4	65	5.9	2	0.2	1093	100.0
F	197	18.9	128	12.3	205	19.6	452	43.3	60	5.7	2	0.2	1044	100.0
M	6	12.2	5	10.2	10	20.4	23	47.0	5	10.2	-	-	49	100.0
<u>Universités</u>	12	7.5	8	5.0	6	3.8	47	29.6	84	52.8	2	1.3	159	100.0
F	12	7.6	8	5.1	6	3.8	45	28.7	84	53.5	2	1.3	157	100.0
M	-	-	-	-	-	-	2	100.0	-	-	-	-	2	100.0
<u>Centres hospitaliers</u>	44	32.6	9	6.7	32	23.7	47	34.8	3	2.2	-	-	135	100.0
F	44	33.3	9	6.8	29	22.0	47	35.6	3	2.3	-	-	132	100.0
M	-	-	-	-	3	100.0	-	-	-	-	-	-	3	100.0
<u>Centres d'accueil</u>	14	50.0	-	-	-	-	-	-	14	50.0	-	-	28	100.0
F	14	50.0	-	-	-	-	-	-	14	50.0	-	-	28	100.0
M	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100.0
<u>Autres</u>	15	41.6	7	19.4	10	27.8	2	5.6	2	5.6	-	-	36	100.0
F	15	44.1	5	14.7	10	29.4	2	5.9	2	5.9	-	-	34	100.0
M	-	-	2	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100.0
TOTAL INFIRMIERES	441	26.6	187	11.3	286	17.2	576	34.7	165	10.0	4	0.2	1659	100.0
TOTAL INFIRMIERS	10	14.7	11	16.2	15	22.1	27	39.7	5	7.3	-	-	68	100.0
TOTAL GENERAL	451	26.1	198	11.5	301	17.4	603	34.9	170	9.9	4	0.2	1727	100.0

Source: O.I.I.Q., Statistiques. Population infirmière au
31 mars 1981. Montréal, 1981. p. 11

Dans les centres hospitaliers, 37.9% des chargés de formation ont un baccalauréat ou une maîtrise alors que dans les centres d'accueil, ce pourcentage atteint 50%.

2.5 Le rôle de l'infirmière

Nous avons constaté précédemment, que le personnel infirmier * (infirmière licenciée, infirmière-auxiliaire et préposé) est appelé à travailler dans des milieux d'intervention très diversifiés..

Dans cette section, nous tentons d'identifier et de préciser ses postes actuels de travail et ceux qu'il pourrait éventuellement occuper pour contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie de la population québécoise.

Nous regroupons, ici, les interventions du personnel infirmier en deux catégories: celles en milieu institutionnel, et celles en milieu communautaire.

2.5.1 Le milieu institutionnel:

2.5.1.1. Soins infirmiers de courte durée aux adultes et aux enfants:

* Le terme "personnel infirmier" est utilisé dans le texte pour désigner l'équipe de soins infirmiers; lorsque certaines tâches sont effectuées par les infirmières, nous le précisons.

- Soins de chevet dans des unités de soins
courants

(médecine, chirurgie, gynécologie, obstétrique, pédiatrie, psychiatrie...) et de soins spécialisés (soins coronariens, soins de néonatalogie, unités de dialyse, unités de troubles respiratoires, unités de neurochirurgie, unités de brûlés,...)*

C'est à la dispensation de ces soins que nous retrouvons le plus grand nombre du personnel infirmier et c'est également à ces soins que la majorité des nouvelles diplômées sont affectées à leur entrée sur le marché du travail.

Dans ces unités, la formule d'organisation des tâches du personnel la plus fréquente est celle des soins en équipe. Ce partage des responsabilités entre les différents membres de l'équipe de soins infirmiers cause toutefois certaines difficultés: routine, dépersonnalisation, duplication, etc.

Au cours des dernières années, des progrès ont cependant été réalisés dans les unités de soins dans le but de planifier les soins aux patients en accord avec leurs besoins, plutôt que de façon à se conformer à une routine établie. Cette pratique reste cependant à développer pour vraiment

* La description de ces activités est disponible à l'annexe III

arriver à l'individualisation des soins aux patients.

D'autre part, la nature des traitements requis par certains patients a amené les centres à les regrouper dans des unités de plus en plus spécialisées utilisant des infirmières avec expérience; les développements de la technologie médicale nécessitent alors souvent une formation spécifique à certaines méthodes de traitement. De nouvelles approches sont également favorisées, par exemple dans les unités de pédiatrie et de nouveaux-nés, les parents peuvent participer aux soins à l'enfant; dans les unités de soins palliatifs, le personnel infirmier doit prendre le temps de se familiariser avec la personnalité des patients de telle sorte de pouvoir les aider à dominer leur angoisse et leurs états dépressifs.

En outre, l'équipe de soins infirmiers est appelée à travailler dans les unités avec diverses catégories de professionnels de la santé tels, les inhalothérapeutes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, diététistes, ... en plus des médecins.

Enfin, on peut penser que la tendance à la spécialisation des soins sera maintenue, particulièrement dans les centres spécialisés et ultra-spécialisés, ce qui pourra amener de nouveaux membres à l'équipe de santé; il faudra alors pour les chefs d'unités, élaborer des méthodes d'organisation aptes à faciliter la coordination du travail des divers intervenants et l'orientation vers le traitement

des patients.

- Soins dans les services de première ligne:

Cette catégorie comprend les services ambulatoires, les services ambulatoires psychiâtriques, les consultations externes, les services d'urgence, les unités de soins familiaux et les services de planification familiale.* Les activités du personnel infirmier dans ces différents services sont relatives à la prévention, à l'évaluation, au diagnostic et au traitement des patients.

Les postes dans ces services sont généralement très convoités à cause des conditions de travail plus avantageuses que celles offertes aux soins de chevet; le personnel y oeuvrant est habituellement recruté à l'interne et possède donc plusieurs années d'expérience.

Le rôle des infirmières pourrait éventuellement être accru au niveau des consultations externes, comme le démontrent certaines expériences américaines, ⁽¹⁾ particulièrement dans les régions où il y a pénurie de médecins.

* La description des activités de ces services est disponible à l'annexe

(1) Lewis, C.E., Rismik, B.A., Schmidt, G., Wasman, D., New-England Journal of Medicine, 280, no 12, 1969, p. 645-649

Dans le cadre d'un service de consultations externes, l'infirmière pourrait par exemple donner les premiers soins aux adultes souffrant de maladies chroniques. Les résultats d'expériences à ce sujet sont très positifs tant au point de vue de l'accessibilité que de la qualité des soins et le coût moyen de ceux-ci semble en être diminué. Les résultats soulignent également que le travail de collaboration et de complémentarité entre les médecins et les infirmières dans les services de consultations externes et en cabinet privé a permis de prodiguer des soins plus complets aux patients.

De plus, une expérience menée par l'école des sciences infirmières de l'université McGill en pratique familiale montre également l'avantage de l'utilisation accrue des infirmières.

- Soins des blocs opératoires:

Nous regroupons dans les soins infirmiers des blocs opératoires, les activités de la chirurgie d'un jour, celle du bloc obstétrical et celle des diverses autres salles d'opération.

Ici, les activités se répartissent en deux grands groupes, les unes touchant aux soins de chevet des opérés et les autres très techniques. Depuis plusieurs années, on s'interroge sur l'opportunité d'utiliser des infirmières pour les tâches techniques. Plusieurs centres forment en effet des

instrumentistes ou techniciens de salles d'opérations pour remplir ces postes, comme le préconisait le rapport du Comité d'étude de la main-d'oeuvre hospitalière paru en 1973.

2.5.1.2. Soins infirmiers prolongés aux adultes et aux enfants

Nous entendons par soins prolongés, le traitement et la réadaptation de patients atteints de troubles durables, visant à les remplacer autant que possible dans leur état antérieur des points de vue de la santé, de l'indépendance et de l'aptitude à prendre part à la vie de la collectivité. Ce sont des soins continus, dispensés à l'hôpital ou dans une institution résidentielle (centre d'accueil, pavillon...) spécialement conçus en vue d'atténuer ou de limiter la dépendance et d'alléger la détresse.

Les tâches des unités de soins prolongés comportent les mêmes activités que celles des unités de soins de courte durée avec toutefois une différence importante soit: la participation continue du personnel des unités au plan de réadaptation et de traitement des patients, visant à leur assurer le maximum d'indépendance et d'autonomie.

Il est en effet reconnu qu'un séjour plus ou moins prolongé dans une institution comporte plusieurs dangers dont l'apathie, l'inertie, l'abandon de tout amour-propre et surtout l'attitude irrémédiable de dépendance. Il revient à l'équipe de soins infirmiers de protéger les patients

contre ces risques, par exemple, en organisant des activités sociales et récréatives. On parle ici de milieu de vie et non seulement de milieu de soins.

Le personnel infirmier travaille non seulement avec les divers membres de l'équipe de réadaptation physique, psychologique et sociale mais également avec la famille des patients.

La préoccupation du système de distribution de soins envers cette clientèle (majoritairement composée de personnes âgées) est très récente; beaucoup de travail reste à faire pour modifier le comportement des différents personnels de santé envers les patients nécessitant des soins prolongés.

2.5.1.3 Soins infirmiers en centre de jour:

Les services offerts dans les centres de jour comportent des activités thérapeutiques, récréatives et de réadaptation. Ils sont particulièrement précieux pour les personnes âgées qui vivent seules, qui ont des handicaps légers ou qui présentent des troubles mentaux de caractère bénin et sans complications. Ces centres contribuent à soulager les familles pendant une partie de la journée de la charge des patients; ils assurent le soutien et les soins sans quoi un placement en institution serait nécessaire.

2.5.1.4 Soins infirmiers en centre d'accueil de réadaptation:

Les activités du personnel infirmier affecté dans des centres de réadaptation sont surtout thérapeutiques. *

L'infirmière y joue principalement le rôle d'une personne ressource du point de vue des besoins de santé des pensionnaires et du personnel de ces centres.

2.5.1.5 Administration des soins infirmiers:

Dans le réseau institutionnel, les infirmières ont la possibilité de cumuler des responsabilités administratives à titre de chef d'équipe, d'assistante-chef ou de chef d'unité. Elles peuvent également n'exercer que des fonctions administratives en tant que coordonnatrice d'unités, directrice-adjointe et directrice à la direction des soins infirmiers; elles doivent alors développer une expertise en gestion de personnel, en contrôle de la qualité des soins et en planification.**

Environ 35% des infirmières assument de telles responsabilités dont 7% seulement au niveau de postes cadres.

* La description des principales tâches est disponible à l'annexe III

** Consulter l'annexe III pour obtenir une description des principales activités

Enfin, d'autres possibilités sont offertes au niveau administratif aux infirmières avec expérience comme par exemple: en tant que chargée de la formation en cours d'emploi ou chargée de recherche en soins infirmiers pour l'évaluation de la qualité des soins, le développement de nouveaux modèles de prestation de soins, etc.

2.5.2 Le milieu communautaire:

La pratique dans ce milieu regroupe les services visant l'amélioration de la santé, du milieu social et des conditions de vie de la population. S'y inscrivent donc, entre autres, des activités de promotion de la santé et de prévention dans les divers milieux de vie des individus et celles favorisant le maintien et le retour des citoyens à domicile.

Généralement, la pratique en milieu communautaire est davantage pluridisciplinaire tout en étant centrée sur les besoins des individus d'une collectivité (locale ou régionale). Cette notion de services centrés sur les besoins découle directement de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, mais oblige les professionnels de la santé, particulièrement en cette période d'austérité, à faire des choix et à fixer des priorités parmi les services à offrir à la population.

Nous entreprenons ici la description des principales activités du personnel infirmier exercées, à ce jour, dans ce

milieu de travail. Notons toutefois qu'à cause des besoins changeants de la population et de l'état de développement de la politique de santé au Québec, qui préconise la pratique des soins primaires à l'extérieur des institutions de soins et la continuité des soins, nous prévoyons le développement de nouveaux modes de pratique chez l'infirmière en milieu communautaire au cours des prochaines années. Signalons que ces nouveaux modes de distribution de soins impliqueront non seulement le personnel infirmier mais tous les membres de l'équipe de santé.

5.2.2.1 Soins à domicile:

Les soins infirmiers à domicile regroupent des activités thérapeutiques, de réadaptation et de prévention telles: la surveillance et le contrôle de l'évolution des cas, l'application de diverses médications, les traitements et pansements, l'assistance morale et physique aux patients, l'éducation sanitaire auprès des patients et de leur famille, etc.

Ils favorisent également une prévention secondaire précoce chez les patients hospitalisés qui peuvent, dès que leur état le permet, retourner à domicile pour leur réadaptation.

Ces programmes de soins à domicile, de courte ou de longue durée, sont parfois élaborés par les professionnels

en charge du patient durant sa période d'hospitalisation. Cette pratique nécessite la collaboration entre le personnel infirmier chargé des services à domicile et celui du réseau hospitalier.

Des clientèles cibles particulières, telles les personnes âgées et les handicapés devraient également être appelées dans le futur à bénéficier davantage de ces services ce qui pourrait contribuer à les maintenir en bonne forme physique tout en leur permettant d'entretenir des contacts sociaux.

2.5.2.2 Soins infirmiers en milieu de travail

Depuis l'adoption de la Loi 17 sur la santé et la sécurité au travail en 1979, ce secteur connaît une expansion considérable. Les principales activités du personnel infirmier sont d'ordre curatif et préventif.*

Comme le souligne un document de Direction de la formation et de l'information de la Commission de la santé et la sécurité du travail datée de mai 1981:

"En plus des activités à caractère clinique reliées à la réalisation des différents aspects des programmes (pré-emploi, surveillance régulière, premiers soins,

* Les principales tâches sont décrites à l'annexe III

etc.), l'infirmier peut être très impliqué dans des activités de prévention primaire, dans l'évaluation des situations particulières entraînant des risques pour la santé et la sécurité ou ayant effectivement entraîné des lésions et dans le suivi et l'évaluation régulière du programme de santé spécifique...

Il doit surtout jouer d'emblée un rôle axé sur la prévention et s'impliquer très directement dans les milieux visés par les programmes." (1)

2.5.2.3 Soins infirmiers en milieu scolaire:

À l'analyse des différents programmes de santé scolaire, nous pouvons dégager les principales activités accomplies par les infirmières, à savoir: le dépistage, le contrôle, les premiers soins et le développement de saines habitudes de vie chez les étudiants.

2.5.2.4. Soins infirmiers dans divers services préventifs:

D'autres programmes préventifs visent à compléter le maintien et la promotion de la santé tels: des programmes de

(1) Ouellette, Nicole, Développement des ressources humaines en nursing requises pour l'application de la Loi, Document de travail, Commission de la santé et de la sécurité du travail, Direction de la formation et de l'information, mai 1981.

périnalité, d'hygiène maternelle et infantile et de contrôle des maladies transmissibles, et nécessitent du personnel infirmier.

2.5.2.5 Agent de soins primaires:

Enfin, comme le rapporte le mémoire de l'Association canadienne des infirmières présenté aux commissaires de la Commission d'enquête sur le programme national de santé en 1979, les infirmières peuvent jouer un rôle très efficace au niveau des soins primaires.

Certaines expériences décrites dans ce mémoire méritent une attention particulière car elles laissent entrevoir les diverses possibilités du rôle accru que pourraient éventuellement jouer les infirmières dans les années futures en milieu communautaire, telles: une expérience en milieu rural menée à Terre-Neuve, une autre menée par les infirmières de l'Ordre de Victoria et le "projet Beaverton." (1)

2.5.2.6 Administration:

En milieu communautaire, l'infirmière peut occuper divers postes administratifs surtout au niveau de la programma-

(1) Hall, E.M., Le programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980, Engagement au renouveau, Ottawa 1980, p. 73.

tion des activités.

Elle peut, par exemple, remplir le poste de coordinatrice de programmes au niveau des départements de santé communautaire. Ses principales tâches sont alors l'analyse des besoins, la détermination des objectifs des activités, l'élaboration des programmes et leur mise en application.

CONCLUSION

Ce tour d'horizon des besoins de santé, de la politique de santé, du système de distribution de soins et de la pratique infirmière qu'Québec avait pour but d'une part, de cerner l'évolution intervenue dans les fonctions et tâches des infirmières et d'autre part, de susciter une réflexion sur la qualité de la formation à promouvoir en sciences infirmières.

Nous constatons dans un premier temps une réévaluation de la pratique infirmière suite à l'adoption de la politique québécoise de santé dont les principes fondamentaux sont l'accessibilité universelle à la gamme complète des services de santé, y compris la prévention et la réadaptation et le droit des personnes à recevoir des services de qualité, efficaces et continus dans les institutions de santé et dans leur milieu naturel.

Depuis lors, l'infirmière travaille non seulement à l'amélioration de la santé et à la prévention de la maladie, mais également au maintien et à la promotion de la santé. Les activités de celle-ci consistent à identifier les besoins de santé des personnes, prévenir et dépister la maladie, contribuer aux méthodes de diagnostic, prodiguer les soins requis.

De plus, comme elle ne peut seule répondre à tous les besoins de santé, elle doit travailler en équipe avec d'autres professionnels pour assurer la continuité et la globalité des soins et aider les individus, les familles et la collectivité à prendre en charge leur santé.

Relativement aux besoins de santé de la population, nous notons des modifications depuis quelques années. D'une part, la population vieillissante augmentant, il en découle une plus grande fréquence des maladies à caractère chronique et une demande croissante de services infirmiers vers ce secteur. D'autre part, les études épidémiologiques démontrent que les principales causes de décès sont relatives aux problèmes cardio-vasculaires, aux tumeurs malignes et aux accidents. On note également, une forte augmentation des maladies mentales et du taux de suicides chez les 15-34 ans. Ces problèmes sont tous liés aux habitudes de vie et aux conditions de travail de la population. L'infirmière est appelée à collaborer à l'identification des groupes exposés à ces risques et s'occuper davantage de promotion de la santé et de prévention.

Ces nouveaux besoins élargissent donc les champs d'intervention de l'infirmière et son rôle auprès des familles et des collectivités. Elle interviendra ainsi de plus en plus à l'extérieur des hôpitaux, soit dans les centres d'accueil d'hébergement et de réadaptation, dans le milieu scolaire, dans le milieu de travail des individus et à domicile.

Enfin, à l'analyse de la pratique infirmière, nous remarquons que les infirmières forment dans le système de santé le groupe professionnel le plus nombreux. Elles dispensent leurs soins vingt-quatre heures par jour et sept jours par semaine à des individus des familles et des groupes.

Nous constatons d'autre part, que les niveaux d'intervention, les champs d'activité, les types de clientèles et les catégories de

soins dispensés par l'infirmière sont très diversifiés. Ce personnel peut également assumer plusieurs fonctions de supervision et de direction tant au niveau des équipes de soins que de l'administration des centres et occuper plusieurs postes spécialisés.

De plus, malgré la volonté du ministère des Affaires sociales d'orienter davantage l'action des divers professionnels vers la prévention de la maladie, la promotion de la santé et la réadaptation en milieu extra-hospitalier, nous constatons que le milieu hospitalier requerra encore la grande majorité de la main-d'oeuvre infirmière. En effet, en 1978-1979, 83% des infirmières travaillaient en milieu institutionnel et en raison du vieillissement de la population nous pouvons présager pour les prochaines années le maintien d'un fort pourcentage des infirmières dans ce milieu.

L'étude des différentes fonctions, des activités variées et des tâches multiples attribuées normalement aux infirmières démontre que les soins donnés à un individu selon la démarche scientifique pour l'aider à recouvrer la santé ou à la maintenir, constitue la base de la pratique infirmière tel que défini par la loi. Les objectifs de la formation de base offerte par les collèges, devraient donc d'abord être orientés vers l'atteinte des compétences nécessaires à ce rôle. De plus, comme l'infirmière est appelée à dispenser des soins à une grande variété de clientèles et dans divers champs d'activités, cette formation de base devrait être nécessairement polyvalente.

D'autre part, il nous semble que le développement des compétences nécessaires à l'exercice infirmier auprès de groupes d'individus

ou de collectivités, à la supervision d'équipes de soins, à la gestion de programmes de soins et à l'enseignement professionnel des soins infirmiers relève d'un niveau supérieur de formation. Ces compétences exigent de l'infirmière des connaissances, des habiletés et des attitudes que nous retrouvons généralement chez les diplômés d'un premier cycle universitaire.

La formation du 1er cycle universitaire devrait donc permettre à l'infirmière d'assumer ces rôles de responsabilité supérieure tant dans le milieu hospitalier qu'extra-hospitalier. Cette infirmière pourrait même intervenir comme premier contact des gens avec le système de distribution de soins.

Annexe I: LA STRUCTURE DES SERVICES DE SANTE AU QUEBEC

- a) Centre hospitalier (C.H.)
- . dispenser des soins de courte durée
 - . dispenser des soins prolongés
 - . dispenser des soins psychiatriques
 - un établissement qui s'occupe de la prévention des maladies, de l'établissement des diagnostics, des traitements médicaux et de la réhabilitation physique et mentale;
- 32 C.H. opèrent un département de santé communautaire
- Département santé communautaire (D.S.C.)
- . améliorer la santé de la population de son territoire
 - par des enquêtes épidémiologiques, immunisations, dépistage des maladies infectieuses, hygiène maternelle et infantile, santé scolaire, nutrition, santé dentaire, santé des travailleurs, responsabilité des services d'urgence et du service des consultations externes du C.H.;

b) Centre local de services communautaires (C.L.S.C.)

. assurer des services de prévention et d'action sociale sur une base locale; assurer les soins de première ligne;

- dans des champs d'activité variés: nutrition, périnatalité, fluoruration, santé au travail, services à domicile, services sociaux aux autochtones, services en milieu scolaire;

c) Centre d'accueil (C.A.)

. accueillir pour les loger, les entretenir ou les garder sous observation, des personnes qui, en raison de leur âge, de leur situation familiale, de déficiences physiques ou autres doivent être traitées ou gardées en résidence protégée;

- il existe quatre catégories de C.A.: les centres de garde d'enfants, de transition, de réadaptation et d'hébergement.

Annexe II: LES NORMES DE LA PRATIQUE INFIRMIERE (1)

1^{re} NORME: La pratique infirmière exige qu'un modèle conceptuel propre à la profession d'infirmière soit le fondement de la partie indépendante de cette pratique.

1- Les infirmières doivent posséder une idée ou conception claire du but distinct de la profession d'infirmière

L'infirmière, dans tout milieu de travail,

1.1 exprime le but précis de la profession d'infirmière

1.2 fait connaître ce but aux autres membres de l'équipe de santé

But 1.3 énonce comment le but de la profession d'infirmière contribue à l'atteinte des buts communs à toute l'équipe de santé

1.4 décrit les actes professionnels s'harmonisant avec le but exprimé de la profession d'infirmière

2- Les infirmières doivent posséder une idée ou conception claire du client

L'infirmière, dans tout milieu de travail,

2.1 exprime sa vision précise du client

Client 2.2 décrit le type de données à recueillir d'après sa conception du client

3- Les infirmières doivent posséder une idée ou conception claire de leur rôle en réponse aux besoins de la société en matière de santé

L'infirmière, dans tout milieu de travail,

3.1 décrit son rôle précis d'infirmière

Rôle de l'infirmière 3.2 décrit la conception de son rôle par rapport à son analyse des données et à son intervention

(1) Association des infirmières et infirmiers du Canada, Normes de la pratique infirmière, Ottawa, 1980.

- 4- Les infirmières doivent posséder une idée ou conception claire de la source de la difficulté du client

L'infirmière, dans tout milieu de travail,

- Source de la difficulté
- 4.1 cerne l'origine probable des difficultés actuelles et potentielles du client
 - 4.2 indique comment elle interprétera les données d'après sa conception du type de problèmes du client qui relève de sa compétence

- 5- Les infirmières doivent posséder une idée ou conception claire du centre et des modes d'intervention

L'infirmière, dans tout milieu de travail,

- Centre et modes d'intervention
- 5.1 énonce sa conception du centre et des modes d'intervention
 - 5.2 décrit son intervention par rapport à son centre et d'après les modes dont elle dispose

- 6- Les infirmières doivent posséder une idée ou conception claire des résultats attendus de l'activité professionnelle

L'infirmière, dans tout milieu de travail

- 6.1 énonce sa conception des résultats attendus de ses activités professionnelles
- 6.2 décrit les résultats attendus de ses activités professionnelles
- 6.3 décrit la façon dont elle évaluera les résultats de ses activités professionnelles

- 2^e NORME: La pratique infirmière exige l'utilisation efficace de la démarche scientifique comme méthode de travail dans l'exercice des fonctions indépendantes, interdépendantes et dépendantes de la pratique infirmière

- 1- Les infirmières doivent recueillir des données conformes à leur conception du client et correspondant à leurs fonctions interdépendantes et dépendantes

L'infirmière, dans tout milieu de travail,

- Collecte des données
- 1.1 recueille de façon systématique et continue des données correspondant à sa conception du client en se servant des connaissances de domaines connexes
 - 1.2 recueille de façon systématique et continue les données correspondant aux buts des disciplines connexes
 - 1.3 détermine les attentes du client en fait des soins
 - 1.4 utilise toutes les sources disponibles pour la collecte des données, notamment: le client, le médecin, la famille, toute autre personne appropriée, les dossiers du client, ses propres connaissances et son expérience
 - 1.5 utilise diverses techniques pour la collecte des données, notamment: l'entrevue, la consultation, l'examen physique, l'observation et l'évaluation
 - 1.6 respecte le caractère confidentiel des données recueillies
 - 1.7 rend les données accessibles à qui de droit

- 2- Les infirmières doivent analyser les données recueillies selon leur conception du but de la profession d'infirmière, leur rôle et la source de la difficulté du client et conformément à leurs fonctions interdépendantes et dépendantes

L'infirmière, dans tout milieu de travail,

- 2.1 interprète les données conformément à son modèle conceptuel et à ses connaissances des domaines connexes
- 2.2 interprète les données en tenant compte du plan interdisciplinaire de soins
- 2.3 vérifie son interprétation des données recueillies auprès du client ou d'autres personnes, si possible

- Analyse des données
- 2.4 identifie avec le client les difficultés actuelles et potentielles
 - 2.5 établit les priorités pour la solution des problèmes identifiés
 - 2.6 communique à qui de droit les problèmes identifiés

3- Les infirmières doivent planifier leurs actes professionnels à partir des difficultés actuelles et potentielles du client, conformément à leur conception du centre et des modes d'intervention et en accord avec leurs fonctions interdépendantes et dépendantes

L'infirmière, dans tout milieu de travail,

- 3.1 identifie, de concert avec le client et les autres personnes en cause, les objectifs à court et à long terme de son intervention
 - 3.2 identifie les objectifs à court et à long terme de son intervention correspondant au plan interdisciplinaire de soins
 - 3.3 énonce les objectifs à atteindre en termes de comportements en précisant les résultats escomptés
 - 3.4 se fixe un délai raisonnable pour l'atteinte de ces objectifs
- Planification de l'intervention
- 3.5 examine les conditions du milieu qui pourraient influencer sur l'atteinte de ces objectifs
 - 3.6 identifie les ressources nécessaires
 - 3.7 étudie un certain nombre d'actes infirmiers* appropriés au centre et aux modes particuliers d'intervention
 - 3.8 choisit les actes infirmières en fonction de leurs chances de réussite
 - 3.9 communique aux personnes concernées les interventions envisagées

* Par actes infirmiers, on entend: enseigner, appuyer, conseiller, informer, prodiguer des soins (de confort, de soutien, préventifs, thérapeutiques, pour fin diagnostique). Association des infirmières et infirmiers du Canada. Un plan pour un examen de synthèse en vue de l'admission à l'exercice de la profession d'infirmier(e), Ottawa: mai 1977, p.4.

- 4- Les infirmières doivent accomplir les tâches nécessaires à l'exécution du plan

L'infirmière, dans tout milieu de travail,

- 4.1 encourage, si possible, la participation du client à l'exécution des actes infirmiers nécessaires à l'atteinte des objectifs
- 4.2 fait preuve des connaissances, attitudes et habiletés nécessaires à l'exécution de ses actes
- 4.3 fait preuve de jugement dans l'exécution des tâches infirmières du régime médical prescrit
- Exécution de l'intervention 4.4 délègue, au besoin, certaines tâches au personnel auxiliaire
- 4.5 surveille le personnel infirmier auxiliaire dans l'exécution des tâches déléguées
- 4.6 utilise les ressources appropriées
- 4.7 agit sur le milieu de façon à atteindre les objectifs fixés
- 4.8 communique avec qui de droit en ce qui concerne les actes infirmiers à poser

- 5- Les infirmières doivent évaluer toutes les étapes de la démarche scientifique, conformément à leur modèle conceptuel de la profession et en accord avec leurs fonctions interdépendantes et dépendantes

L'infirmière, dans tout milieu de travail,

- 5.1 observe les résultats de ses actes infirmier
- 5.2 compare ces résultats avec ceux établis pour les objectifs à court et à long terme
- Evaluation 5.3 apprécie, dans le cadre de la participation du client, la mesure dans laquelle les objectifs ont été atteints d'après sa conception des résultats attendus
- 5.4 communique son évaluation à qui de droit
- 5.5 revoit, s'il y a lieu, les objectifs, priorités et actes infirmiers à poser avec le client et avec qui de droit

5.6 met en oeuvre le plan d'action modifié

5.7 poursuit, de façon cyclique, toute la démarche scientifique jusqu'à ce que se termine la relation client-infirmière

3^e NORME La pratique infirmière exige que la relation d'aide caractérise les rapports client-infirmière

1- Les infirmières doivent faire tout en leur possible pour que le client perçoive son contact avec les services de santé comme compréhensible, acceptable et signifiant dès le départ

L'infirmière, dans tout milieu de travail,

1.1 s'assure de l'efficacité, de la valeur et de la pertinence de sa communication verbale et non verbale, en égard à l'état ou à la situation du client

1.2 à la première occasion, se présente puis explique au client son rôle et sa responsabilité

1.3 montre, par son comportement verbal et non verbal, que le client a toute son attention

1.4 montre une pertinence et une consistance de message; s'assure que ses communications verbales et non verbales restent constamment pertinentes

1.5 jauge la volonté et la capacité du client à coopérer à l'établissement d'attentes mutuelles

1.6 s'assure que le client comprend bien son rôle d'infirmière y compris sa disponibilité, son accessibilité et sa responsabilité eu égard à ses besoins

2- Les infirmières doivent se fixer des attentes sur lesquelles elles se sont préalablement entendues comme moyen d'accroître la possibilité que le client perçoive son expérience dans les services de santé comme compréhensible, acceptable et significative

L'infirmière, dans tout milieu de travail,

2.1 s'assure de la volonté et des dispositions du client, afin de poursuivre son intervention

- Maintien
de la
relation
- 2.2 incite fortement le client à participer à l'atteinte des résultats touchant son état de santé
 - 2.3 explique la nécessité et l'intérêt de préciser que peuvent attendre les deux parties
 - 2.4 aide le client à prévoir et à comprendre chaque phase du service dispensé
 - 2.5 pressent le client sur ce qui pourrait lui être utile
 - 2.6 énonce ce qu'elle juge utile en de telles circonstances
 - 2.7 détermine par le comportement précis du client s'il est disposé à rendre leur relation fructueuse, et ce qu'il attend de l'infirmière
 - 2.8 renseigne le client sur les comportements précis qu'elle entend elle-même adopter pour rendre leur relation utile et sur ce qu'elle attend du client
 - 2.9 aide le client à se fixer des attentes réalistes envers elle et envers lui-même, y compris l'autorité sur sa propre santé et la responsabilité de ses choix
 - 2.10 travaille à résoudre les divergences de vue relatives aux attentes pour qu'elles soient acceptées et comprises de part et d'autre
 - 2.11 établit la durée prévue de sa relation avec le client
 - 2.12 discute de questions confidentielles avec le client et lui indique avec qui et pourquoi ces informations sont partagées
 - 2.13 manifeste clairement son intention de donner et de conserver à la relation le caractère d'une aide
 - 2.14 s'assure de la prestation de services en dépit de toute limite ou de tout préjugé personnels
 - 2.15 établit à nouveau et/ou modifie la durée prévue de sa relation avec le client
 - 2.16 s'assure que le client comprenne l'utilité de leur relation, c'est-à-dire qu'il perçoive le service de santé comme compréhensible, acceptable et significatif

3- Les infirmières doivent assumer la responsabilité de mettre fin avec succès la relation d'aide

L'infirmière, dans tout milieu de travail,

- Fin de la relation
- 3.1 rappelle au client que, lorsque les attentes mutuellement fixées ont été atteintes, la fin de leur relation approche
 - 3.2 encourage le client à exprimer ses pensées et ses sentiments face à la signification de la fin de leur relation en rapport avec son état de santé
 - 3.3 reconnaît et révèle ses propres pensées et émotions face à la signification de la fin de leur relation en rapport avec l'état de santé du client
 - 3.4 prépare le client à s'auto-suffire une fois leur relation terminée
 - 3.5 prévoit les craintes et cherche d'avance à les dissiper
 - 3.6 revoit avec le client ce qui a été fait pour sa santé et la mesure dans laquelle il a lui-même participé aux résultats acquis
 - 3.7 s'assure que la fin de la relation est bien comprise et entreprise de part et d'autre

4^e NORME La pratique infirmière exige que les infirmières assument des responsabilités professionnelles à l'intérieur de leurs fonctions indépendantes, interdépendantes et dépendantes(1)

1- Les infirmières doivent respecter les statuts et les politiques applicables à leur profession et au milieu de travail

L'infirmière, dans tout milieu de travail,

- 1.1 observe dans son travail les lois qui régissent sa profession ou influent sur elle
- 1.2 s'en tient, dans l'exercice de sa profession, à ce que la loi reconnaît le domaine d'activité propre à celle-ci

(1) Adapté de: Un plan pour un examen de synthèse en vue de l'admission à l'exercice de la profession d'infirmier(e), Ottawa, Association des infirmières et infirmiers du Canada, mai 1977, p.4.

- Responsabi-
lité
juridique
- 1.3 respecte les procédures juridiques établies pour la tenue des dossiers, l'obtention de permissions, l'identification des clients, l'usage des drogues contrôlées et le rapport d'incidents inhabituels
 - 1.4 signale à l'autorité compétente toute pratique dangereuse ou toute mauvaise conduite professionnelle d'autres membres du personnel infirmier
 - 1.5 connaît les conséquences qui découlent de l'autorisation ou du droit d'exercer des infirmières
 - 1.6 travaille à ce que soient apportés à la législation les changements nécessaires
 - 1.7 fait preuve de jugement dans l'application de régimes prescrits par le médecin
 - 1.8 est responsable en tout temps de ses actes

2- Les infirmières doivent se conformer au Code de déontologie de leur profession

L'infirmière, dans tout milieu de travail,

- Responsabi-
lité
éthique
- 2.1 protège les droits de la personne tels que respect du caractère confidentiel des renseignements, droit à l'intimité, aux croyances, à certaines valeurs
 - 2.2 réunit en sa personne les qualités inséparables de l'ouverture à autrui*
 - 2.3 signale aux personnes compétentes les pratiques dangereuses des autres travailleurs de la santé
 - 2.4 maintient un niveau de pratique infirmière et comportements professionnels tel que prescrit par son milieu de travail, ainsi que par les associations nationale et provinciales d'infirmières
 - 2.5 cherche constamment des possibilités de perfectionnement professionnel

* Ces qualités sont détaillées dans le document "Code de déontologie de l'AIIC - Les fondements d'une éthique professionnelle pour le service infirmier au Canada", (Ottawa, Association des infirmières et infirmiers du Canada, 1980)

- 3- Les infirmières doivent travailler à titre de membres d'une équipe de santé

L'infirmière, dans tout milieu de travail,

- 3.1 utilise les moyens de communication appropriés
- 3.2 collabore avec les autres membres de l'équipe de santé à toutes les étapes de la démarche scientifique
- 3.3 coordonne les soins infirmiers avec les soins dispensés par les autres travailleurs de domaines directement liés à la santé ou de domaines connexes

Annexe III

LES PRINCIPALES ACTIVITES DES INFIRMIERES
SELON CERTAINS POSTES DE TRAVAIL

1- Soins infirmiers de courte durée aux adultes et aux enfants

a) Soins de chevet:⁽²⁾

- contrôle de l'évolution des cas
- application des médicaments
- prélèvements
- traitements
- alimentation des patients, distribution des plateaux jusqu'à l'assistance directe auprès des patients
- assistance morale et physique aux patients
- réception et départ des patients
- contrôle de l'allée et venue des patients des services spécialisés
- hygiène et confort des patients
- éducation sanitaire
- tout autre soin de chevet.

b) Services de première ligne: (2)

- dépistage
- surveillance et contrôle de l'évolution de l'état des patients
- application des médications
- traitements et la pansements
- assistance au médecin
- préparation des salles, de l'équipement et du matériel dans les services de consultation externes, de palnification familiale et les unités de soins familiaux
- hygiène et confort aux patients
- éducation sanitaire
- assistance morale et physique aux patients
- référence des patients aux services spécialisées, s'il y a lieu
- compilation des dossiers
- tout autre soin infirmier.

c) Services ambulatoires psychiâtriques:⁽²⁾

- prévention
- pré-évaluation

- évaluation

- détermination des intervenants

- médication s'il y a lieu

- surveillance et contrôle de l'évolution des cas

- réception

- compilation des dossiers

d) Infirmière des blocs opératoires:⁽²⁾

- réception et installation des patients

- préparation des patients

- surveillance et contrôle de l'évolution des cas en salle d'opération et en salle de réveil

- traitements et pansements

- application des médicaments

- préparation des salles et du matériel
nécessaire aux opérations
- assistance aux médecins lors des inter-
ventions et autres procédures pratiquées
dans les salles d'opération
- contrôle de l'asepsie
- dénombrement du matériel
- hygiène et confort des patients
- premiers soins aux nouveaux-nés
(bloc obstétrical)
- assistance morale et physique aux patients
- coordinations et contrôle des
soins infirmiers
- compilation des dossiers
- tout autre soin infirmier

2- Infirmière en centre d'accueil de réadaptation⁽³⁾

- surveillance générale et contrôle de l'évolution des cas
- application des médications
- prélèvements sur les patients
- traitements et pansements
- hygiène et confort
- éducation sanitaire
- escorte et assistance des patients requérant des soins dans un centre hospitalier ou un centre local de services communautaires
- contrôle de la qualité des soins
- notation aux dossiers.

3- Infirmière en milieu de travail⁽²⁾

- examen de santé pré-embauche
- surveillance générale et contrôle de l'évolution des cas
- application des médications

- dispensation des premiers soins
- consultations et entrevues
- visites auprès des personnes ou des groupes dans leur milieu
- étude des conditions de travail
- examen de cas suspects
- dépistage et contrôle
- références aux services spécialisés de santé
- diffusion d'information préventive.

4- Administration des soins infirmiers

a) Infirmière chef d'équipe (poste non cadre):⁽¹⁾

- prestation des soins infirmiers à un groupe de bénéficiaires en collaboration avec une équipe composée d'infirmières, d'infirmières-auxiliaires, de préposés et de stagiaires, selon les besoins;
- surveillance et coordination des activités de l'équipe.

b) Infirmière assistante-chef d'unité de soins infirmiers (poste non cadre): (1)

- partage et remplacement du chef d'unité des soins infirmiers
- organisation, gestion et surveillance des soins dans une unité de soins infirmiers ou dans un service hospitalier spécialisé.

c) Infirmière-chef d'unités de soins infirmiers (poste non cadre): (1)

- organisation, gestion et surveillance des soins dans une unité de soins infirmiers ou dans un service hospitalier spécialisé
- initiation du nouveau personnel de l'unité ou du service
- évaluation du rendement de son personnel.

d) Directrice des soins infirmiers (poste cadre):

- responsabilité de la coordination et de l'évaluation des soins infirmiers dans un centre
- responsabilité de la répartition du personnel infirmier en fonction des besoins

- responsabilité de la discipline du personnel infirmier
- responsabilité du contrôle et du fonctionnement de la direction des soins infirmiers.

e) Infirmière formatrice (service de formation en cours d'emploi):

- coordination et élaboration de programmes de formation du personnel infirmier et autres personnels
- élaboration des plans de stages des différentes étudiantes-infirmières référées par les maisons d'enseignement
- élaboration de programmes individualisés de formation du personnel infirmier en actualisation et en visite
- évaluation des stages se déroulant dans le centre et des stagiaires
- élaboration de ressources didactiques.

f) Clinicien spécialisé

- planification et direction du travail des infirmières pour l'élaboration et la mise en application de techniques nouvelles concernant les soins, examens et analyses des résultats

- responsabilité de la qualité des soins
dans l'établissement

- responsabilité des cas très complexes.

-
- (1) Tiré de: Convention collective intervenue entre le comité patronal de négociation du secteur des affaires sociales représentant un groupe d'établissements membres de l'Association des hôpitaux de la province de Québec et la Fédération des affaires sociales (CSN) 27 mars 1980 - 31 décembre 1982.

 - (2) Tiré et adapté de: Gouvernement du Québec, Centres hospitaliers, Guide budgétaire 1981-82, Ministère des Affaires sociales, 1981, 248 p.

 - (3) Tiré et adapté de: Gouvernement du Québec, Centre d'accueil de réadaptation, Guide budgétaire 1980-81, Ministère des Affaires sociales, 1980.

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE (1)

Boudreau, Thomas, J., Rapport du comité sur les infirmières cliniciennes, Ottawa, avril 1972, 80 p.

Bozzini, Luciano, et al..., Médecine et société les années 80, Éditions coopératives Albert Saint-Martin, Montréal, 1981, 554 p.

Brown, M.C., The Health Care Crisis in Historical Perspective, Revue canadienne de santé publique, Vol. 70, Septembre-octobre 1979, p. 300-306.

Convention collective intervenue entre le Comité patronal de négociation du secteur des Affaires sociales représentant un groupe d'établissements membres de l'Association des hôpitaux de la province de Québec et la Fédération des Affaires sociales (C.S.N.) 27 mars 1980-31 décembre 1982, 434 p.

Critère, No 13 La santé 1, 1976, 274 p.

No 14 La santé 2, 1976, 284 p.

No 15 Pour un nouveau contrat médical, 1976, 205 p.

No 25 Les professions, 1979, 288 p.

No 26 La déprofessionnalisation, 1979, 254 p.

De Koninck, Maria, Rapport-synthèse et réflexion critique sur les onze colloques régionaux sur l'humanisation des soins en périnatalité. Accoucher ou se faire accoucher, Bulletin de l'Association pour la santé publique du Québec, Octobre 1981, p. 5-17

Description de fonctions-types, champ santé, GIPEX Centre de développement des profils de formation professionnelle, Septembre 1980.

(1) Cette bibliographie ne comprend que les références touchant la politique de santé, le système de distribution des soins et la pratique infirmière.

Desrosiers, Georges, L'implantation d'un réseau public de centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.): 4 ans après, Revue canadienne de santé publique, Janvier-février 1978, Vol. 69, p. 10-13.

Dulong, Carmelle, Rapport de consultation, Description actuelle et prévisible de la fonction de travail de l'infirmière, Direction générale de l'enseignement collégial, Février 1980, 467 p.

Dussault, René, Le contrôle public des professions de la santé au Québec, Allocution prononcée à Ottawa, à la conférence nationale sur la santé et la loi, le 25 septembre 1975.

_____, La délégation des actes médicaux et infirmiers: une étape majeure dans la recherche d'une meilleure distribution des services de santé, Allocution prononcée à Québec, devant les membres de l'Association des directeurs généraux des services de santé et des service sociaux du Québec, le 23 mars 1977.

Frasure-Smith, N., Allen, M., Gottliet, L., Modèles de soins infirmiers dans un nouveau système de soins: une étude comparative de trois milieux de soins primaires, Centre de recherche sur les soins infirmiers, Université Mc Gill.

Gouvernement du Québec, Centre d'accueil de réadaptation, Guide budgétaire 1980-1981, M.A.S., 1980

_____, Centres hospitaliers, Guide budgétaire 1981-1982, M.A.S. 1981, 248 p.

_____, Guide d'allocation des ressources, services spécialisés et ultraspécialisés, M.A.S., 1978, 53 p.

Hall, E.M., Le programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980, Engagement au renouveau, Ottawa 1980.

Joyal, Alain, Point de vue sur une autre approche de la santé des jeunes, Éléments de réflexion présentés au Congrès 1981 de l'Association de santé publique du Québec.

La main-d'oeuvre hospitalière, Rapport du Comité d'étude de la main-d'oeuvre hospitalière et annexes, 8 vol., Éditeur officiel du Québec, 1973.

L'Association des hôpitaux de la province de Québec, Bilan et prospective de la santé communautaire au Québec, 2 Vol., Juin 1978.

Le cadre infirmier est-il un salarié au sens du code du travail? Administration hospitalière et sociale, Mars-avril 1980, p. 38-43

Les modes d'intervention en santé communautaire et leur évaluation, Les cahiers de santé communautaire, No 2, Juin 1979, 131 p.

Les services infirmiers, Rapports et Études EURO 22, Organisation mondiale de la santé, Copenhague, 1981, 46 p.

Les services infirmiers des collectivités, Rapports techniques 558, Organisation mondiale de la santé, Genève, 1974, 31 p.

Levin, Lowell, S., Prendre en charge sa propre santé: une arme à double tranchant, Forum mondial de la santé, Vol. 2, No 2, p. 208-217.

L'infirmière et la santé communautaire, Fonctions et qualités requises pour l'exercice des soins infirmiers au Canada, 1ere édition, Association canadienne d'hygiène publique, Ottawa, 1977, 15 p.

Loi sur le Code des professions, L.R.Q., 1977, c. -26, 54 p.

Loi sur les infirmières et infirmiers, L.R.Q., 1977, c. 1-8, 10 p.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., 1977, c. S-5, 54 p.

Ministère de la santé, Classification et fonctions du personnel infirmier des hôpitaux, Québec, 1967, 23 p.

Ministère des Affaires sociales, Cadre de référence pour l'adaptation des ressources aux priorités, Plan de développement des ressources en santé, Première partie, Québec, 1976.

_____, Élément d'une politique de réadaptation des adultes, Document de travail, 1974, 31 p.

_____, Étude du rapport entre le nombre d'heures rémunérées aux infirmières et le nombre d'heures rémunérées aux infirmières-auxiliaires, Version préliminaire, 1980.

_____, La planification des ressources hospitalières au Québec 1976-1986, Document de travail, Direction des politiques de santé, 1979.

_____, Le centre de jour pour personnes âgées, Politique du ministère des Affaires sociales, Québec, Février 1981, 23 p.

_____, Le ministère des Affaires sociales et les personnes âgées, document de travail, Direction générale de la planification, Québec, Mars 1977, 65 p.

_____, Le réseau des C.L.S.C. au Québec: un parachèvement qui s'impose, Politique du ministère des Affaires sociales, Québec, Avril 1981, 25 p.

_____, Orientations générales en santé communautaire, Québec, Octobre 1973, 106 p.

_____, Pour une politique de recherche en Affaires sociales, Rapport du Comité de la recherche scientifique, Québec, 1973, 253 p.

_____, Statistiques concernant les salaires de niveau syndical du secteur des Affaires sociales, Période du 1er janvier 1979 au 31 décembre 1979, Direction générale des relations de travail, 1981.

O'Neill, Michel, Un point de vue sur l'évolution future des départements de santé communautaire, Janvier 1980, 13 p.

Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, Hypothèse de cadre conceptuel en nursing, Septembre 1980, 118 p.

_____, Statistiques, population infirmière au 31 mars 1981, Montréal.

Ouellette, Nicole, Développement des ressources humaines en nursing requises pour l'application de la loi, Document de travail, C.S.S.T., Direction de la formation et de l'information, Mai 1981.

Planification et programmation des services infirmiers, Cahiers de santé publique no 44, Organisation mondiale de la santé, Genève, 1973, 124 p.

P.R.N. La mesure du niveau des soins infirmiers requis, EROS équipe de recherche opérationnelle en santé, Département d'administration de la santé, Université de Montréal et Institut National de Systématique Appliquée (I.N.S.A.), Avril 1981, 237 p.

Rapport des comités d'étude sur le coût des services sanitaires au Canada, 3 Vol., Information Canada, Ottawa, 1973.

Rapport du Comité sur la rémunération des professionnels de la santé au Québec, Le système des honoraires modulés, 1980, 319 p.

Règlement concernant les actes visés à l'article de la Loi des Infirmières et Infirmiers qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des infirmières ou infirmiers, 11 juin 1980, 10 p.

Règlement concernant les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins, 11 juin 1980, 20 p.

The Health of Canadians, Report of the Canada Health Survey, Ottawa, 1981.

CONSEIL DES COLLÈGES
1981-1982

Présidente

Jeanne L.-Blackburn

Secrétaire

Lucien Lelièvre

MEMBRES

AMYOT, Pierre

Directeur de la formation profes-
sionnelle

Direction générale des politiques et
programmes

Ministère du Travail et de la Main-
d'oeuvre

CARETTE, Roger

Directeur général adjoint

Direction du service de l'ensei-
gnement

Commission scolaire régionale de la
Chaudière

CÔTÉ, Claudé

Syndicat canadien de la Fonction
publique

DEROME, Jean-Robert

Professeur de physique à
l'Université de Montréal

EISENBERG, Mildred (Mme)

Membre du Conseil d'administration
du cégep Vanier

FORTIER, Claude

Président de la Commission de
l'évaluation

Conseil des collèges

GRONDIN, Louise

Enseignante au collège de
Trois-Rivières

HAINAULT, Serge

Enseignant à l'École secondaire
Marguerite Lajemmerais

INCHAUSPÉ, Paul

Directeur des services péda-
gogiques

Cégep du Vieux-Montréal

JOBIN, Gilles

Directeur général adjoint aux
ressources humaines

Fédération des Caisses populaires
Desjardins

LABERGE, Claude

Directeur des services pédagogiques
Séminaire de Sherbrooke

MONASTESSE, Rémi

Comptable agréé

Angers, St-Pierre, Cossette & Ass.

MONGEAU, Yves

Secrétaire général du cégep
Ahuntisc

PAQUIN, Nicole (Mme)

Enseignante au cégep de l'Outaouais

PERREAULT, Serge
Enseignant au cégep Lionel-
Groulx

SIMARD, Claude B.
Président de la Commission de
l'enseignement professionnel
Conseil des collèges

COMMISSION DE L'ENSEIGNEMENT
PROFESSIONNEL

Président: Claude B. Simard

MEMBRES

COLETTE, Marcel
Directeur formation technique et
professionnelle
Service de l'Éducation aux adultes
C.E.C.M.

DUMAIS, Robert
Adjoint au DSP
Collège de St-Félicien

GAGNON, Pauline
Adjointe au DSP
Collège de Maisonneuve

LANDRY, Fernand
Professeur
Dept. des techniques physiques
Collège de la Pocatière

LAPRADE, André
Vice-recteur adjoint
Université Concordia

LÈVESQUE, Marc
Directeur technique
Groupe Sidbec

POIRIER-MAGASSOUBA, Louise
Professeur en techniques
d'assistance sociale
Collège du Nord-Ouest

SAMSON, Pierrette
Directrice des soins infirmiers
Centre Hospitalier
Universitaire de Sherbrooke

COMMISSION DE L'ÉVALUATION

Président: Claude Fortier

MEMBRES

BOILY, Michelle (Mme)
Membre du Conseil d'adminis-
tration et de l'exécutif du
Collège de St-Félicien

DUBUC, Renée
Conseillère pédagogique en
éducation des adultes au
Collège de Rosemont

DUCHARME, Richard
Directeur des services
pédagogiques du Collège de
Joliette

FOREST, André
Directeur général du Collège
Bois-de-Boulogne

GOULET, Jean-Pierre
Professeur d'anthropologie
et animateur pédagogique
au Collège de l'Assomption

KEATON, Robert
Professeur de sciences politiques
au Collège Dawson

PIGEON, Diane
Professeur de biologie au Collège
de Sherbrooke

MONASTESSE, Rémi
Comptable agréé
Angers, St-Pierre, Cossette &
cie

FORTIN, Jules
Service social médical
Hôpital de Chicoutimi
Travailleur social

COMITÉ DE GESTION FINANCIÈRE

Président: Gratien Lévesque

MEMBRES

ARCHAMBAULT, Yves
Directeur des services
administratifs
Collège de Drummondville

BOUCHARD Jean
Secrétaire du
Comité de gestion financière

DE CHAMPLAIN, Viateur
Directeur des services
administratifs
Collège de Matane

FORTIER, Richard
Conseiller financier
auprès du C.N.

GAUTHIER, Lise (Mme)
Conseillère en fiscalité
Bernatchez & Bernatchez

HENRICO, Luc-Claude
Directeur général
Collège John Abbott

LÉVESQUE, Gratien
Chef de la division recherche
et développement Fédération
des Caisses populaires Des-
jardins de Québec, Lévis